身体障害者のための作業療法

リーズニングの手引き

理論と実装

A Primer of Occupational Therapy Reasoning

Set for Physical Disablity

Ghost T. H.

Ghost T. H. Since Apl,2001

本書の再配布、転載、編集は一般公的許諾 (GPL) に従います。他から引用した図版などには©の目印や文献番号がつけてあります。

はじめに

本書は「リーズニングの手引き」の日本語版です。未完成ですがご自由にお使いください。今後の更新作業は全て英語で行うことにしましたので、以降日本語版の更新はありません。

本パッケージは PDF を採用しています。Adobe Acrobat Reader®(Adobe 社で無料配布しています) があれば OS には依存しません。画面上で図中の文字がにじんだように見えることがありますが、プリント・アウトには問題ありませんので、プリント・アウトしてご覧下さい。ボリュームがありますので、プリント・アウトは両面印刷を基準にしてあります。読まれる場合は両面コピーでブック・ステープルをかけていただくと、快適にご覧いただけると思います。

本パッケージは pLaTeX 2_ε で組版しています。使用環境以下のようなものです。クラスファイル・マクロファイルは奥村晴彦氏のものを借用させていただきました。その他の著作者に対しても、この場を借りて御礼申し上げます。

pLaTeX 2_ε(ⓒKnuth,D.E, ⓒASCII)
クラスファイル：jsclass(jsbook)(ⓒLaTeX3 プロジェクト, ⓒASCII, ⓒ奥村晴彦)
マクロファイル:okumacro(ⓒ奥村晴彦)

連絡先:YRP04735@nifty.com　　Ghost T. H.

目次

はじめに i

第 1 部　リーズニングの基礎 3

リーズニングとは何か 3

リーズニング・スタイル 4

機械論的アプローチと現象学的アプローチ 4

第 1 章　機械論的アプローチ 7

1.1　作業療法のとらえる作業 8

1.2　作業療法と問題解決 11

1.3　リーズニングの基本原理 16

1.4　国際障害分類によるリーズニング 20

1.5　遂行評価レビュー技法 (PERT) 25

第 2 章　現象学的アプローチ 27

2.1　現象学的アプローチの視角 28

2.2　作業療法とイベント・メーキング 32

2.3　リーズニングの基本原理 36

2.4　現象学的アプローチの手法 47

第 3 章　メタ・リーズニング 57

3.1　リーズニング・スタイルの分析 58

3.2　セラピスト・モデル 59

3.3　リーズニング・マニュアル 59

第 2 部　症例検討の手順 63

実践と手順 63

概念－手順－実践の関係 63

リーズニングと症例検討 65

第 4 章　機械論的アプローチの手順 67
本書での機械的アプローチの手順と特徴 68
LEVEL1　評価の計画と実施 73
LEVEL2　評価のまとめ 78
LEVEL3　治療計画 92
LEVEL4　治療実施とリーズニングの再検討 100

第 5 章　現象学的アプローチの手順 105
本書での現象学的アプローチの手順と特徴 106
PHASE1　情報収集とレリヴァンスの推定 112
PHASE2　生活世界の外部との情報の統合 121
PHASE3　イベントの計画 129
PHASE4　イベントの実施と分析 134

第 6 章　メタ ・リーズニングの手順 137
STEP1　本書でのメタ・リーズニングの手順と特徴 138
STEP1　リーズニングの分析 140
STEP2　リーズニングのモデル化 140
STEP3　リーズニング・マニュアルの作成 142

第 3 部　症例検討の事例 145

第 7 章　機械論的アプローチの事例 147

第 8 章　現象学的アプローチの事例 149

参考文献 151

第1部
リーズニングの基礎

PART 1
Archives of Knowledge for Reasoning

イントロダクション

リーズニングとは何か?

作業療法士に限らず、保健医療の専門職は自分の行うサービスを、利用者や第三者に説明しなければならない。このプロセスをリーズニング (Reasoning) と呼ぶ。サービスの内容はリーズニングを通して妥当性と信頼性が検討され、透明性が増す。このことはチーム・アプローチの前提になり、支払われる対価の根拠となる。

リーズニングは評価や治療展開の中心に位置し、症例検討のあり方を支配するが、普段はセラピストの思考の中で展開され、必要に応じて報告書のような文書に出力される。しかし実際にリーズニングを詳細に記述してみると、その複雑さと量は膨大なものになる。臨床実習での症例検討を経験したことのある作業療法士ならば、そのことは誰でも知っているだろう。

多くのセラピストが臨床実習での症例検討は単なる通過儀礼だと考えているようだが、これは正しいとはいえない。業務を理由にリーズニングの記述を怠っていると、思考そのものがステレオタイプ化してしまう。利用者との関わり (Engagement) を優先したとしても、リーズニングに対する記述をおろそかにしては質の高いサービスは維持できなくなる。

またリーズニングについての論議は概念論になりがちで、理論家と呼ばれる人たちのテリトリーと認識されやすい。リーズニングがどのようになされるのかという問題が現場で論じられるのは、臨床実習の場面くらいである。他方で学問的な概念論が先行すると、サービスとの乖離を引き起こしてしまう。学問的にどれだけ複雑な概念を持っても、現場のセラピストが自分の興味や都合で強引なリーズニングを行うなら、サービス全体の信用は失墜してしまうだろう。セラピストは常に、リーズニングについての思考と記述を妥当なものにする義務を負っているといえるだろう。

リーズニング・スタイル

リーズニングは個々の作業療法士 (以下セラピスト) が持っている作業療法に対する考え方に左右される。作業療法に対する考え方はすべてのセラピストに共通で一様なものではなく、それぞれのセラピストが自分の考えに合った個別にリーズニングのスタイルを持っている。セラピストは経験にさまざまな理論やモデルによる解釈を加え、固有の作業療法の考え方とリーズニング・スタイルを作り上げていく。

セラピストは自分の作業療法の考え方とリーズニング・スタイルを作ることをつねに要求される。それは現場の経験によって導かれるもので、一般的な概念的モデルや他のセラピストの考え方は、経験を解釈するための参考に過ぎない。ここでもリーズニングの前提となる作業療法の考え方を示すが、これは単なるサンプルに過ぎない。概念と実践は相互に依存する関係にあり、実践なしに概念はあり得ない。結局のところ作業療法の概念は、それぞれのセラピストが自分の実践を通して手で作り上げるものなのである。

機械論的アプローチと現象学的アプローチ

この手引きでは身体障害の作業療法の考え方を、機械論的アプローチと現象学的アプローチに分けて論じる。機械論的アプローチは生活の要素を分解して分析し、問題点を特定してそれを解決する。一方現象学的アプローチは利用者の主観や経験にもとづいて展開され、利用者にとって意味のある経験を生成する。

ふたつのアプローチはひとつの作業療法に描き出された異なった側面であり、両者のアプローチは相互に補完し合う (図 1, 表 1)。急性期では機械論的アプローチの比重が強くなり、慢性期では現象学的アプローチの比重が重くなる場合が多いが、比重が軽くなった

図 1　作業療法の 2 つの側面

としても、一方のアプローチのみでは不十分なリーズニングになってしまう (図 2)。

ふたつのアプローチはリーズニングの基礎が違うため、同一手順に組み込むと混乱が生じることになる。そのため本書では別立てで考え方や手順で示してある。

表 1　機械論的アプローチと現象学的アプローチの特徴

	機械論的アプローチ	現象学的アプローチ
基本的スタンス	医学的	社会科学的
	因果論・基底還元論	物語的転回・意味
	客観性・再現性重視	主観・文脈重視
目的	問題解決	経験生成（イベント・メーキング）
方法	基準を置いて比較する	経験を解釈する
比重を置く時期	急性期	慢性期

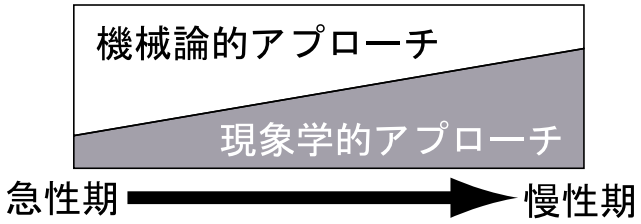


図 2　アプローチの主な適応

第 1 章

機械論的アプローチ

従来の身体障害の作業療法において、機械論的アプローチはリーズニングの主軸であった。機械論的アプローチのみでは十分ではないにせよ、やはりリーズニングの重要な戦略であることにはかわりがない。

機械論的アプローチは人間－活動遂行－環境の一連の流れに着目する。人間の機能や能力、環境の要素などを分解して問題点を発見し、それを解決しようとする。その中でも特に機能の改善を目的としたアプローチや、行為の達成を目的としたアプローチが論じられる場合が多い (表 1.1)。

しかし機械論的アプローチは機能や能力の改善にとどまらず、環境との関係を分析し、作業すなわち生活の構成をも取り扱う。そもそも生活への包括的な視点を欠き、機能や環境に特殊化したアプローチだけでは作業療法とはいいがたい。機械論的アプローチは生活システム全体に対して問題解決をはかってゆくものである。機械論的アプローチが非人間的であるという理解はある意味で誤っている。機械論的アプローチのみでは十分なリーズニングを行うことはできないにせよ、人間の生活を全体的にとらえる作業療法の視角であることは間違いない。

表 1.1　代表的な機械論的アプローチ

	機能を重視したアプローチ	遂行を重視したアプローチ
身体機能	神経筋アプローチ	リハビリテーション・アプローチ
	生体力学的アプローチ	
認知機能	認知－知覚アプローチ	認知障害アプローチ

1.1　作業療法のとらえる作業

作業 (Occupation) はＡＤＬ、仕事、遊びまたは余暇活動などの作業活動によって構成される。人間はこれらの作業活動を通して、健康を維持し、社会的や文化を形成し、生き甲斐を育む。ただ単に生命を維持する存在ではなく、生活し、「生（命）ヲ活カス」という意味で、作業は人間らしさの象徴であるのかもしれない。ここでは作業という言葉を生活全体を示す言葉として使い、作業活動を生活を構成する活動として考える。

機械論的アプローチでは作業の構造をコントロールすることが可能であるという前提からはじまる。機械論的アプローチでは、作業を維持し、作業活動を遂行するためには、運動機能、感覚－統合機能、認知機能、心理的機能、社会的機能、環境・文化などの要素が適切に関係していることが必要であると考える [1]。逆に作業活動を健全に遂行することで、それらの要素の機能の維持・向上が図られることになる。

1.1.1　障害や疾病と作業

作業はライフサイクルを通して質と量を変化させながら発達する。作業が健全な発達を遂げるためには、ライフサイクルに沿った安定性が必要となる (図 1.1)。作業は疾病や外

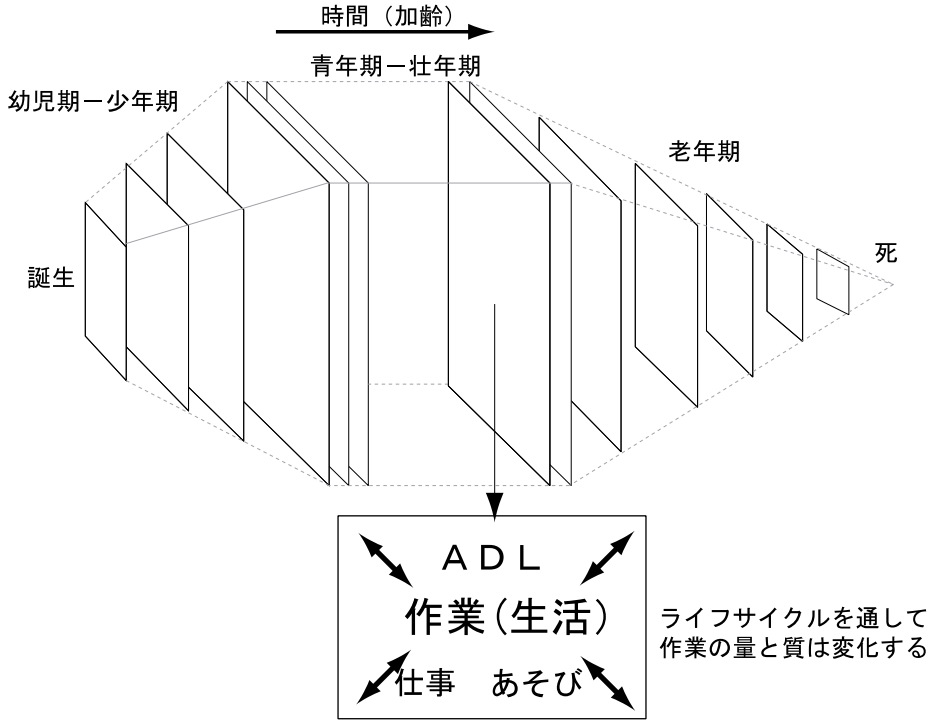


図 1.1　作業の発達 (面の大きさで作業の量と質を表した概念図)

傷などの外乱で影響を受ける。その結果作業の発達に不連続性を生じ、混乱して萎縮した状態で安定してしまう場合がある。とくに疾病が慢性化したり、後遺症を残すようになると、全体のバランスがとれなくなり、作業の縮小の傾向が強くなる (図 1.2)。この作業の不連続性に対して、各作業活動の可能性を最大限に伸ばし、作業全体のバランスをとるために、作業療法の機械論的アプローチが必要とされる (図 1.3)。

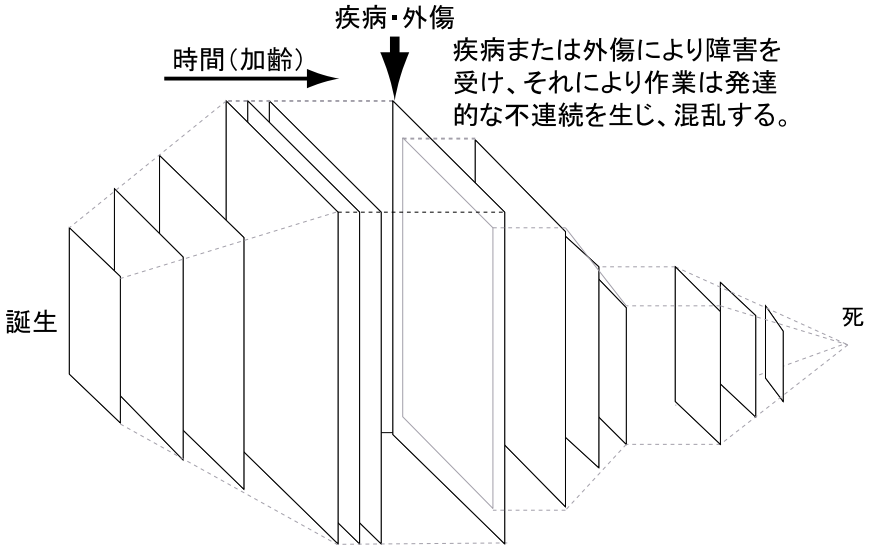


図 1.2　作業の発達における疾病・外傷の影響

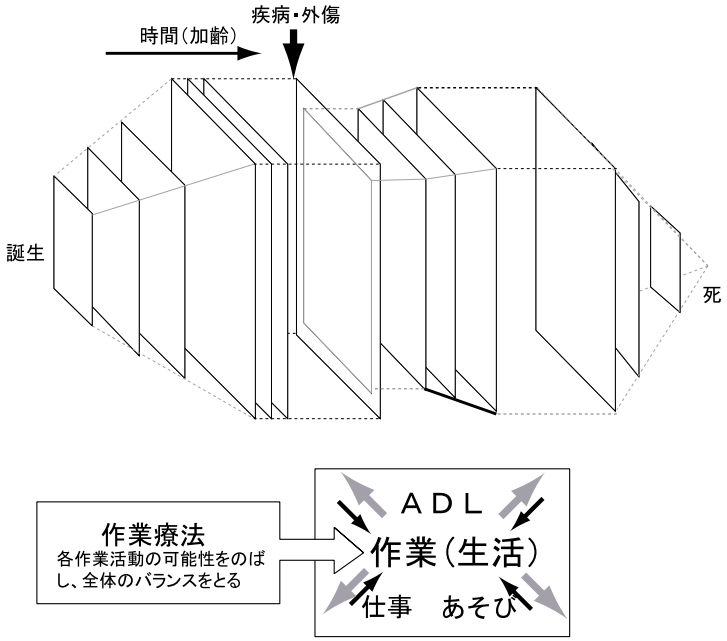


図 1.3　作業発達における作業療法の介入

1.1.2　疾病・外傷と生活の変化

人間にはもともと疾病や外傷に対する治癒力が備わっている。しかしその治癒力の足並みがそろわず、治癒過程で混乱が生じた場合や、疾病や外傷が治癒力を上回る場合には、疾病や外傷が完全回復には至らず、「回復の袋小路」に落ち込む[*1]。この治癒過程をコントロールし、補助することが医療の本来の姿である。

疾病や外傷は身体や精神のみならず、その作業に影響を及ぼす。安定した作業は連続的に将来に継続される。疾病や外傷を受けると、作業の状態は不安定となる。一時的な疾患の場合、療養後に完全回復が得られ、作業の安定性でカバーできる範囲内ならば、以前に予期された作業に復帰することができる (図 1.4)。

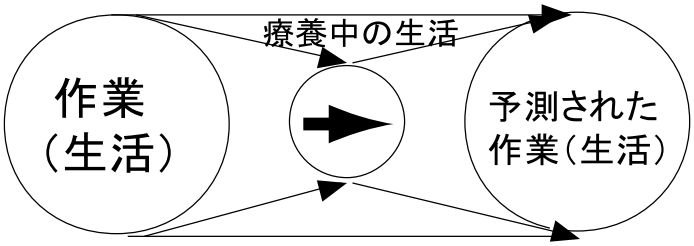


図 1.4　作業のベクトルが変化しない一時的疾患

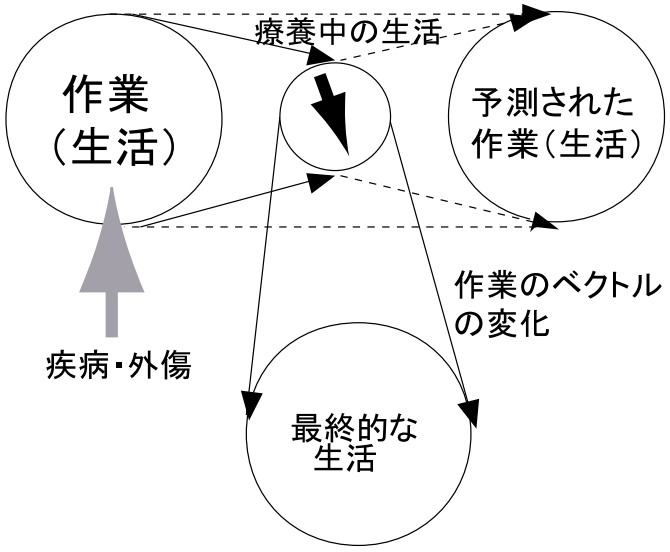


図 1.5　作業ベクトルが変化する慢性疾患や後遺症

[*1] 障害とは疾病や外傷が活動遂行や生活などの諸相に影響を与える状態を指すので、「回復の袋小路」＝障害とはならない。

完全回復が得られず「回復の袋小路」に陥る場合もある。疾病の慢性化や後遺症の状態である。この場合、作業の方向性が変化し、予測された状態に至ることができなくなり、作業の質と量が変化する (図 1.5)。

1.2　作業療法と問題解決

機械論的アプローチでは、利用者のニードに沿って問題を発見し、それを解決する。ここではニードと治療的介入の関係を解説する。

1.2.1　ニードの構成

機械論的アプローチにおいて、ニード (Need) とは対象者が必要としていることの総体を示し、単なる主訴 (Chief Complain) とは分けて考える[*2]。ニードには利用者が必要と感じていること（個人的ニード）だけではなく、周囲（社会）が利用者に対して必要としていること（社会的ニード）も含まれる。利用者が「片麻痺を回復させたい」という個人的ニードを有しており、家族が「片麻痺でも家事をしてほしい」という社会的ニードを持っている場合のように、個人的ニードと社会的ニードは必ずしも一致するものではない。機械論的アプローチにおいて、評価とは利用者の総体的ニードの把握にあるといっても過言ではない (図 1.6)。

また個人的ニードにしても、社会的ニードにしても、明らかになっているもの（顕在的ニード）と明らかになっていないもの（潜在的ニード）がある。「片麻痺を回復させたい」と考えている個人にとって、「片麻痺でも家事をしてほしい」という社会的ニードは潜在的ニードにすぎない。個人的ニードの陰に「片麻痺→家事ができない→家族の中で位置が確保できない」という構図があるなら、その過程をたどって「片麻痺でも道具と動作を工夫すれば家事はできる」とすれば、潜在化したニードを顕在化することができる。

1.2.2　ニードと問題解決

個人的ニードは基本的に個人の欲求にもとづいて発生する。欲求は社会的ニードに応えて発生する場合もあり、また個人的ニードにもとづいて社会的ニードが発生する場合もある。どのようなニードでもそれを満足させることが可能であれば、ニードを満たすサービスを提供すればよい。ところがニードには通常さまざまな制約がかかる。その制約を解除する解決策があればニードは満たされる。しかし制約を解除することが不可能な場合に

[*2] 個人的顕在的ニードのことを「ニード」、総体的ニードのことを「デマンド (Demand)」と呼び分ける方法もある。

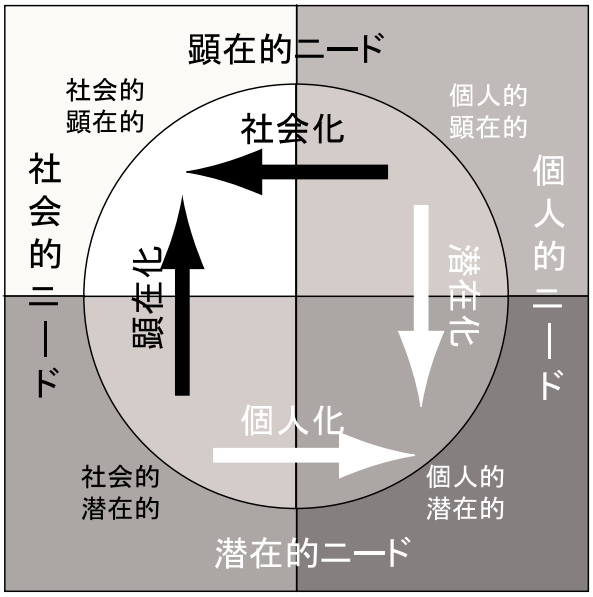


図 1.6　ニードの構成と変化

はニードを調整しなければならない。「片麻痺を回復したい」というニードを解決するには「機能を向上させる」という方法が解決策として上げられるが、「中枢神経系の損傷は回復しない→片麻痺は回復しない」という制約があれば、ニードを調整しなければならない (図 1.7)。機械論的アプローチはこの複雑な相互関係を調整してゆく過程であり、この相互関係がどのような構図になっているのかを明らかにすることが機械論的アプローチにおける評価である。

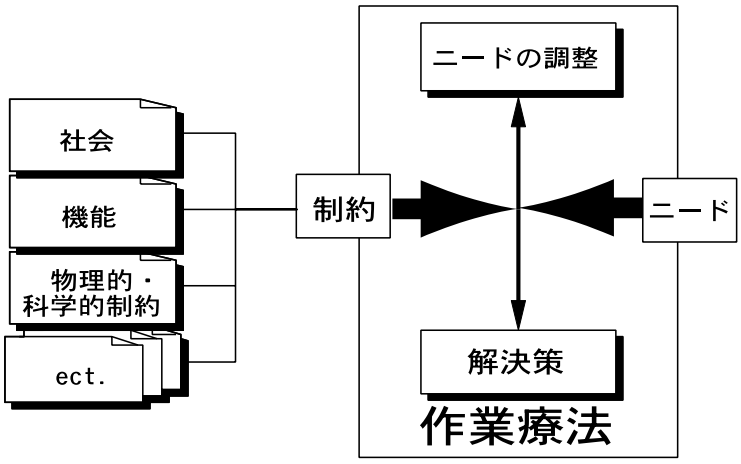


図 1.7　ニードと制約

1.2.3　治療的介入と問題解決

機械論的アプローチの治療的介入は予後の割り出しと、その機能や遂行から見た生活像の提供が基本的となる。治癒過程を可能な限りコントロールして、予測され得るベストな機能を導きだし、それに適合した生活を再構築することが機械論的アプローチの治療的介入となる (図 1.8)。

対象者の現状を把握し、将来あるべき作業を予測しなければならない。このために評価が実施される。評価 (Assessment)[*3]とは利用者がどのような状態にあるのかを明らかにする過程であり、情報を収集し、そこから得られた資料を整理・分析・解釈するという過程の全体を指す。

評価によって得られた解釈をもとに、ベストな将来の生活を導き、その実現に対する治療計画を立案する。予測した生活を段階的に実現してゆくために、治療目標を設定し、具体的な治療計画を立案する。必要な情報を補い、解釈を修正するために、評価と治療計画立案の過程は繰り返される (図 1.9)。

目的とする活動は予測される機能とニードに適合していなければならない。機械論的アプローチでは目的とする活動に到達するために、活動を段階づけ、遂行要素となる機能や技能 (Skill) を向上させる。

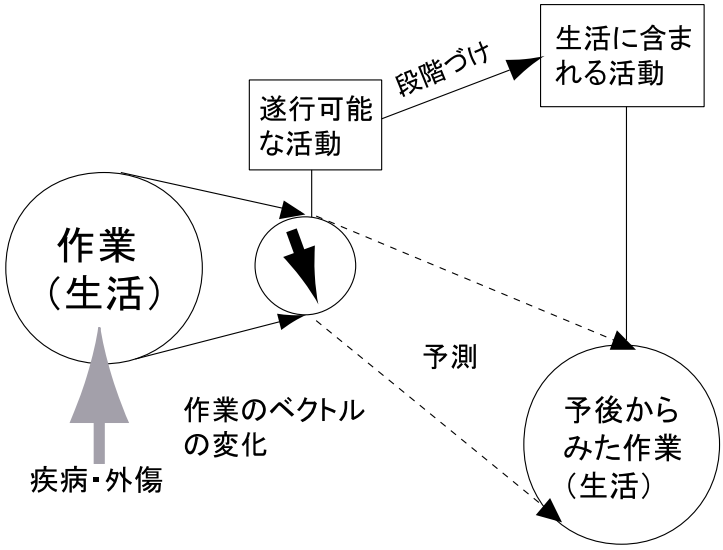


図 1.8　作業の再構築

[*3] “assessment” は本来「資産を把握する」という意味の法律用語である。“evaluation” もほぼ同様の語意を持つ言葉であるが、ロマンス語としてはこちらの方が古い起源を持つようである。作業療法では後者が検査等を指し、前者が分析過程を含むという意見もあるが、両者が同義に用いられることも多い。

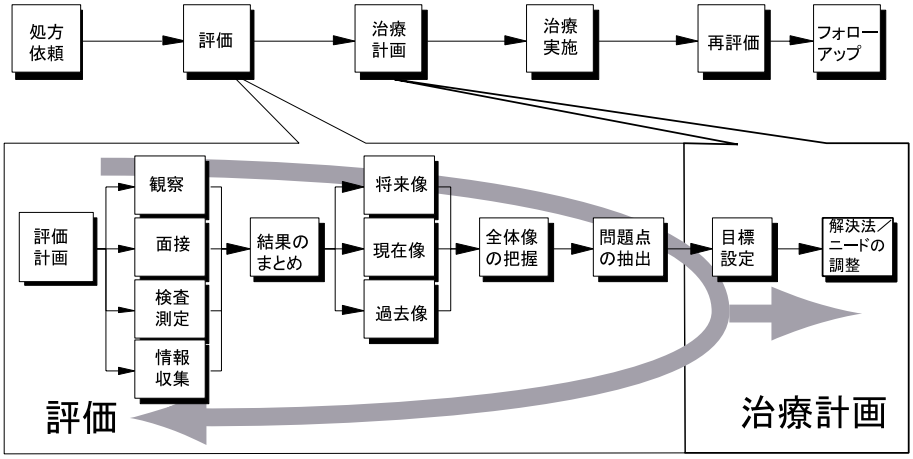


図 1.9　機械論的アプローチの流れ

1.2.4　ボトムアップ・アプローチとトップダウン・アプローチ

利用者の作業活動上の問題やニードが明らかであり、現実的な解決が可能な場合に、他の機能や活動には介入せず、問題に関連したことがらのみに介入することがある。これをトップダウン・アプローチ[*4]という。逆に利用者の機能や能力を高めて、作業遂行上の問題を解決しようとする方法をボトムアップ・アプローチと呼ぶ (図 1.10)。Trombly,C.A. は作業活動の利用をこれになぞらえて、「目的としての作業 (Occupation as Ends)」と「手段としての作業 (Occupation as Means)」を分類した [2]。

本書では原則的にトップダウン・アプローチを採用するが、リーズニングの過程でボトムアップ・アプローチの考え方も利用している。評価データから全体像を構成する過程が

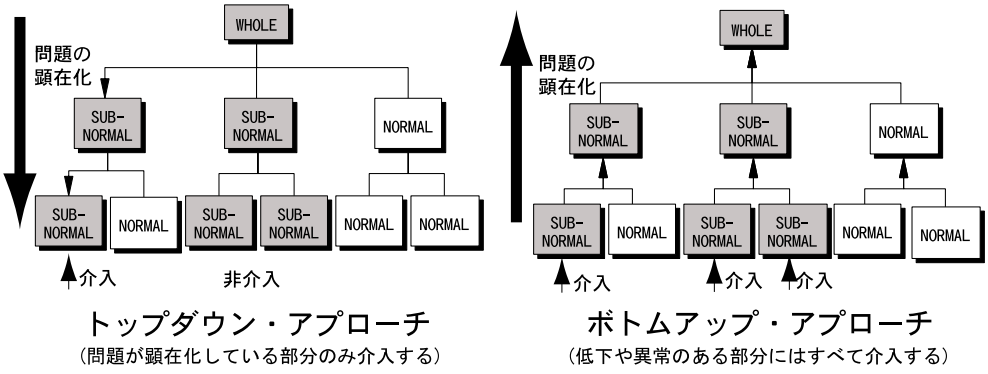


図 1.10　トップダウン・アプローチとボトムアップ・アプローチ

[*4] トップダウン・アプローチの典型がカナダ作業遂行モデルである。

それにあたる。ただし治療介入はトップダウン・アプローチに従っている。とくに本書では Trombly の後者の分類、「手段としての作業」は基本的に推奨しない。「手段としての作業」というのは、実はトップダウン／ボトムアップという方法論とは全く違う次元のものである。本書がボトムアップ・アプローチの考え方を一部採用したとしても、それが「手段としての作業」を容認するものではない。セラピストが作業を手段としてとらえることを拒むものではないし、本書の内容がそれらと矛盾する構造を持っているわけでもない。しかし残念ながら、機能や能力を改善するために目的がすり替えられた活動は治療的であっても、作業活動とは呼べない。このようなリーズニングの戦略は、作業療法の特色を失わせる危険をはらんでいるといえる。

1.3　リーズニングの基本原理

決まり切った手順を繰り返すなら、マニュアルだけがあればこと足りるが、オールマイティで確実なリーズニングの手順はない。もしそのような手順があるなら、本書も意味を持たない[*5]。リーズニング・スタイルを自分で作り上げるためには、リーズニングの内部に働く基本原理を理解しておく必要がある。ここでは機械論的アプローチのリーズニングの内部に働く基本原理を簡単に解説する。

1.3.1　機械論的リーズニングの基礎

機械論的アプローチの基本原理は基底還元論、因果論、法則の定立と演繹の三つである。これらは医学をはじめ自然科学における基本原理といってもよい。もし仮に作業療法を「作業」と「療法」に分解することが許されるなら、それらは「療法」の性質に属するものだといえるだろう。

複雑な現象や概念を説明する際に、そこに含まれる要素を分割する操作を要素還元といい、基底要素までさかのぼった上で、各要素間の関係性を分析する手法を基底還元論と呼

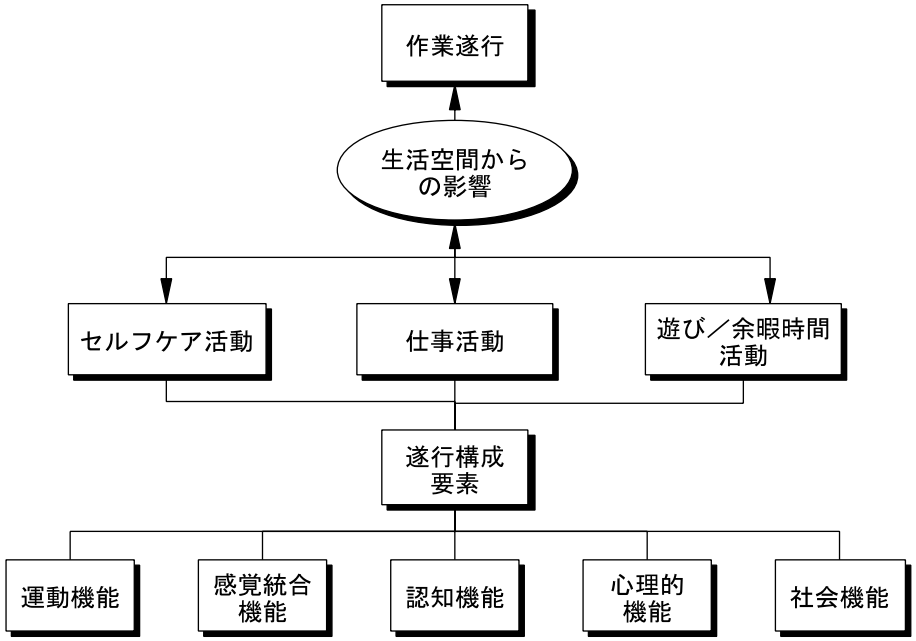


図 1.11　基底還元論で見た作業遂行の構成

[*5] 本書は自分のリーズニング・スタイルを作り上げるための参考書であって、確実なリーズニングの手順ではない。

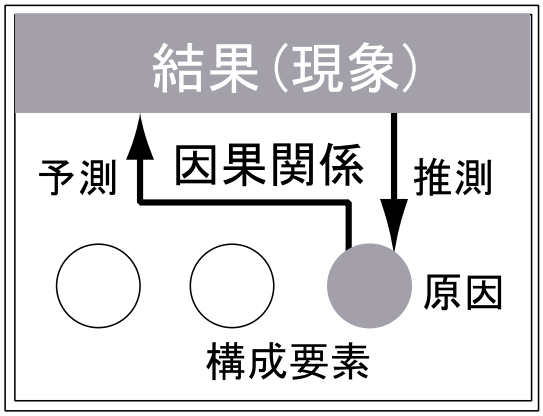


図 1.12　因果論の基本

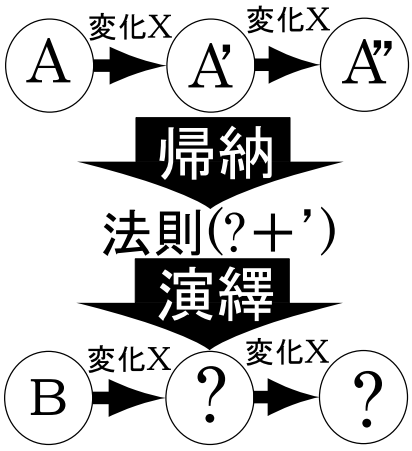


図 1.13　法則の定立 (帰納) と演繹

ぶ (図 1.11)。この関係性において最も重要視されるのが、原因と結果の結びつきの関係（因果関係）で、この見方を因果論と呼ぶ。因果論では結果から原因を推測し、原因から結果を予測する (図 1.12)。

基底還元論と因果論が結合すると、非常に強力なリーズニング・アイテムとなる。ある物体や現象の内部で働くメカニズムが基底還元論によって明らかになっていれば、その物体の動きや現象を予測することが可能となる。さらに物体の動きや現象に何らかの問題が生じれば、その原因を推測して対策を立てることができるし、基底要素の働きが分かっていれば、全体の動きや現象を予測することも可能となる。

還元した要素間の関係から因果関係に着目すれば、ほかの事例に応用できるように法則を導くことができる (図 1.13)。法則は事例や症例から個別な状況や文脈を抜き取ることで得られる。一旦法則ができあがれば、それを他の事例や症例に当てはめて現象を予測することが可能になる（法則を適応する操作を演繹と呼び、逆に法則を導く過程を帰納と呼

ぶ)。ここでいう法則には、広い範囲で適応可能な理論やモデルのほかに、言葉にならない経験則のようなものも含まれる。これらの法則は程度の違いはあるものの、絶対的なものではなく状況に対して変更可能なものである。法則の定立と演繹は、原因の推測や現象の予測に有効であり、医学では「治療」という操作を可能にする。

これらの基本原理では、客観性 や再現性を重要視する。現象は自立したものとして、誰が見ても（または誰かが見ていなくても）成立するものでなければならないし（客観性)、法則として定立したものは何度行っても同じ結果が得られなければならない（再現性)。程度の差はあるが機械論的アプローチにおいても、この性質が要求される。機械論的アプローチのリーズニングでは原則的に、基準を置いて基準からどの程度隔たっているかを比較する。医学で正常に対比させて異常を定義するのもこの原則に従うからである。

1.3.2　システム論と機械論的リーズニングの弱点

これらの前提を可能にする基底還元論には、要素の総和が全体の機能をあらわさないという批判がある。この批判はシステム論にもとづくものであり、実際に全体の機能が要素の総和を越えたり、下回ったりすることがある [3]。ただしこのシステム論的視点が機械論的アプローチにまったく反するとはいえない。システムの全体範囲と還元要素の範囲を別の次元で処理すればよいことである。つまり基底還元論を局部的に使った上で、全体のシステムは別の次元で論じ、双方を関連づけるようにする。たとえば行為は動作を前提にしているが、分析はそれぞれ別の次元で行い、それぞれの関連づけることができる。またシステム論的な考え方は関連性を、入力－出力－フィードバックという一連の流れを簡略化してとらえることを可能にし、現象の理解を助ける。このように機械論的アプローチにシステム論を取り入れることによって、より複雑な関連性を分析できることになり、質の高いリーズニングを行うことが可能となる。

機械論的アプローチの根本的な弱点はふたつある。ひとつはシステム内に視点が置けな

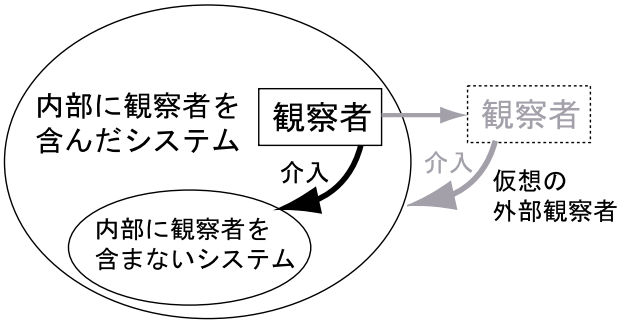


図 1.14　機械論的アプローチの前提：外部の視点

いことである。機械論的アプローチが取り入れられるシステム論は第一世代システムと呼ばれるものである。第一世代システムとはシステム内部の要素がシステム外の介入なしには変化せず、システムの動きを外側から管理し、制御できるシステムをいう[*6]。機械論的アプローチは客観性と再現性を重視するため、視点がシステム外部に存在している必要がある。人間が作り出した機械のようなシステムならば、外部に視点を置くことは可能だが、人間自身が含んだ世界において、システム外部に視点を置くことは不可能である[*7]

もし視点がシステム内部に取り込まれてしまったら、客観的な判断ができなくなり、リーズニング自体が否定されてしまうことになる。実際には不可能であっても、機械論的アプローチでは、外部に視点を置くことを前提としなければならない (図 1.14)。

もうひとつの弱点は脱文脈の問題である。法則化の際に症例の個別の状況を抜き取ることを脱文脈というが、現象がそれらの状況に依存している場合には、法則が形だけの「絵空ごと」になり、実際の状況に当てはまらなくなってしまうことがある [5]。法則だけでなく、能力なども状況に依存しており、状況を抜き取ると、能力も発揮されなくなる。Rave,J らは、学習や認知は状況に埋め込まれていて (Situated Learning)、脱文脈化された汎用能力などあり得ないと主張する。「状況に埋め込まれた」能力といのうはゲシュタルト心理学における「図と地」の関係に似ている。「地」としての状況がなくなってしまうと、「図」としての能力もなくなってしまうことになる (図 1.15)。実際このようなことは作業療法の現場でもよく見られることである。これらの弱点は機械論的アプローチの基本原理によるものであり、機械論的アプローチのみでは解消することができない。

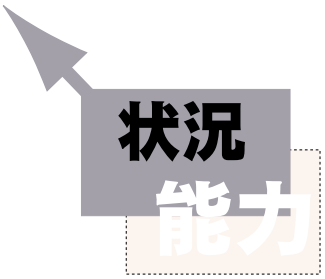


図 1.15　脱文脈によって成立しなくなる能力

[*6] 高度な人工知能を除いて、コンピュータのような人工のシステムだと考えればよい (ただし現実には、こんな単純な仕組みでは「パソコン」すら動かない)。第二世代システムとの比較を pp43 で論じているので参照のこと。

[*7] 数学によって数学の完全性を証明できないゲーデルの不完全性定理がそのことを証明している [4]。

1.4　国際障害分類によるリーズニング

国際障害分類（International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps：以下 ICIDH）は 1980 年に世界保健機構（以下 WHO）が作成したもので、障害を機能障害 (Impairment)、能力障害 (Disability)、社会的不利 (Handicap) の 3 つの次元に分けて分類し、疾病からの関連づけを行ったものである (表 1.2)。身体障害の分野では、この ICIDH の分類概念がリーズニングの基礎として利用されている場合が多い[*8]。ただし利用の仕方は ICIDH の厳密な運用ではなく、分類概念を踏まえた上で、柔軟にリーズニングに応用しているのが現状である。たとえば身体障害分野では、能力障害を動作の能力低下のように解釈することがあるし、重症度の判定を他の分類から引用して組み込んでしまうようなことがある。

1.4.1　国際障害分類 1(ICIDH)

ICIDH は国際疾病分類 (ICD) の延長線上での、疾病の諸帰結（Consequence of Disease）への説明であり、疾病が他の諸次元へ波及してゆくプロセスとして、疾病→機能障害→能力障害→社会的不利という線形的な流れが示されている (図 1.16)。ICIDH は医学モデルの強い影響を受けており、機械論的アプローチのリーズニングに適している。具体的には評価によって得た状態をそれぞれの分類によって分け、それぞれの分類内と分類間の関係性を分析する手法がとられる。

表 1.2　国際障害分類 1(ICIDH) の分類概念

分類	説明	例
機能障害 Impairment	機能の低下 形態の異常	「～機能の低下」 「～の欠損／変形」
能力障害 Disability	能力的低下 （動作能力の低下）	「～ができない」 「未自立」
社会的不利 Handicap	差別や行動の制限	「～（行動）が制限される」 「～の機会が与えられない」

[*8] 海外の作業療法では ICIDH を使ったリーズニングはほとんど行われない。このリーズニングはある意味で「日本式」といってもよい。

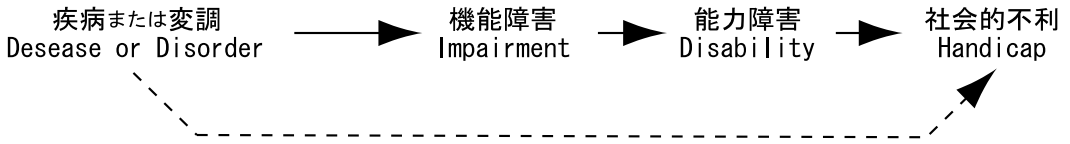


図 1.16 国際障害分類 1(ICIDH) における「疾病の諸帰結」の概念 (©WHO)

1.4.2 国際障害分類 2(ICF)

ICIDH は 2001 年に改訂され、国際障害分類２ (International Classification of Functioning, Disability and Health：以下 ICF）となった [6]。ICF は分類に中立名称を使い、機能障害、能力障害、社会的不利のそれぞれが身体の機能と形態 (Body Functions and Structure)、活動 (Activity)、参加 (Participation) という名称に変更され、それぞれの障害状態を機能障害 (Impairment)、活動制限 (Activity Limitation)、参加制限 (Participation Restriction) としている (表 1.3)。また ICIDH では能力障害の分類を表現した “Disability” は、各分類の障害を統合する「障害の総体」を表現する名称に変更されている[*9]。

ICF は単に ICIDH の分類名称を変更したものではない。ICF は国際疾病分類から独立し、自らを健康の諸要素（Components of Health）の説明であるとしている。ICIDH が示していた線形プロセスを、ICF ではそれぞれの相互作用関係に置き換えている (図 1.17)。

表 1.3 国際障害分類 1(ICIDH) と国際障害分類 2(ICF) の比較

ICF		ICIDH
分類	障害の状態	分類
身体の機能と形態 Body Functions and Structure	機能障害 Impairment	機能障害 Impairment
活動 Activities	活動の制限 Activity Limitation	能力障害 Disability
参加 Participation	参加の制限 Participation Restriction	社会的不利 Handicap

[*9] ICIDH において “Disability” は能力障害の分類として長く使われてきたので、多少の混乱はあるかもしれない。ICF のβ版では「障害の総体」を表現する用語として “Disabilement”’ という名称が提案されていたが、この用語は「造語」に当たるとして WHO が退けたため、このような変更になった。いかなる分類や理論でもそうだが、使用する際にはどの分類定義にもとづいた用語なのかを明確にしないと、コミュニケーションに混乱を生じてしまうことになる。この原因は分類や概念の設定の側だけにあるのではなく、使用する側にもあることを理解すべきである。

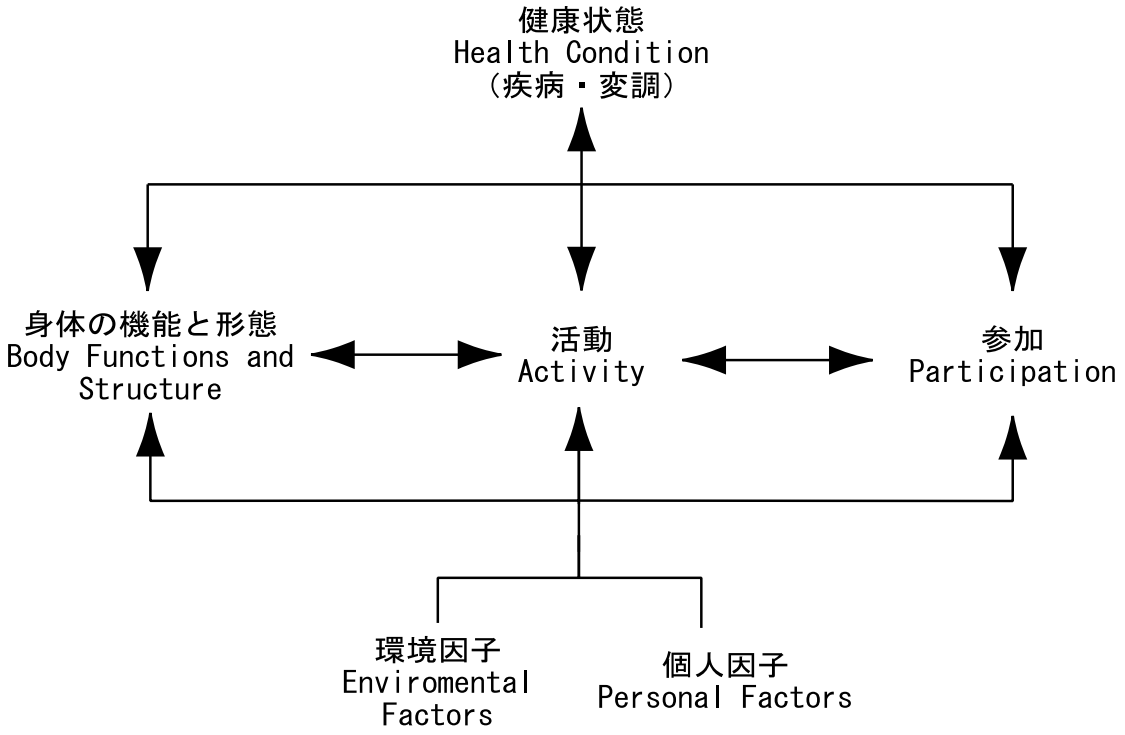


図 1.17　国際障害分類 2(ICF) における「健康の諸要」の概念 (©WHO)

これは単に「逆矢印」を認めたというだけでなく、それぞれの関係性の中に健康が成り立つとする立場をとったことになる。ICF は単なる障害に関する分類ではなくなり、すべての人についていえる健康の分類になったと宣言している。

ICF の概念は明快だが、分類構成には戸惑う側面もある。活動と参加の分類がｄ分類 (ｄコード) として一体になっている。活動と参加を同じ分類で扱うことにはやや奇異に感じるかもしれないが、活動分類が単なる能力分類ではなくなってしまったため、概念上両者を区別できても、それぞれの概念に別々の下位分類を設定するのがかなり困難なことは、使用してみればすぐ理解できる。ただし分類設定が概念から乖離していることは事実で[*10]、そのために ICF では以下のような使用の選択肢[*11]が設定され、使用者が選択できるようにしてある。

活動と参加の区分の選択肢

1. 活動と参加の分類を重複なしに区分する
2. 活動と参加の分類を部分的に重複して区分する
3. 活動と参加を分類の深さで区分する (重複がある場合とない場合)

[*10] 概念と分類の統一は今後 ICF の重要な修正課題となるだろう。

[*11] 詳細は IDIDH-2 の Appendix 3, Possible Uses of Activity and Participation を参照のこと。

4. すべての分類について活動と参加の両者を設定する (WHO 推奨)

また明確な分類設定は指定されていないが、ｄ分類は能力 (Capacity) と遂行 (Performance) が二つの側面を持つ。WHO の推奨に従えばｄ分類の厳密な分類は活動の能力と遂行、参加の能力と遂行の 4 種類の概念になる[*12](表 1.4)。作業療法場面では、セラピストが設定する一般的な状況下での能力や遂行が活動分類となり、環境因子が特定された状況下での能力や遂行が参加分類となるだろう。むろんすべての分類を使うこと必要はないので、施設などの状況によってセラピストが分類を選択することになる。

ｄ分類については、作業療法にとって別の問題もある。もともと作業療法の指す作業活動と ICF とはそれぞれ独立した概念なのだが、双方が類似する要素を持つようになったため、お互いを隙間にはめ込むためには、どこかを削らなければならなくなってしまった。ただしリーズニングは厳密な統計データを算出するものではなく、内部要素の整合性と一貫性の維持が優先される。リーズニングに応用するために両者の概念を完全に維持する必要はなく、リーズニングが形成しやすいように適宜要素を削ればよい[*13]。

また ICF は社会モデルの要素を大きく取り入れ、背景因子 (Contextual Factors）という概念を採用している。正確には背景因子はその他の分類と並ぶものではないが、各分類の状態に大きな影響を及ぼす。ただし背景因子の中で定められているのは、環境因子（Environmental Factors）のみで、個人因子（Personal Factors）についてはユーザーに裁量をゆだねる形で空白になっている。

背景因子は日本の身体障害の現場では古くから「心理社会面」といわれてきたものに相当する。ただし ICIDH では正統な位置を与えられなかったせいか、この心理社会面といわれる項目は「ゴミ箱」のように扱われ、リーズニングにおいても重視されなかった経緯

表 1.4　国際障害分類 2(ICF) の活動と参加の定義

分類	定義	能力	遂行
活動	個人が実行する課題や行為	A-c	A-p
参加	生活状況に関わりがあるもの	P-c	P-p

[*12] 参加分類を独立させるためには、活動分類を能力分類としなければならず、能力分類とすると活動分類の中立性質に反してしまうことになる。どちらにしても根本の概念から乖離してしまうことになるし、また分類や使用方法が複雑化しすぎると使用できなくなってしまうおそれがある。ユーザーの選択に委ねるというのは、可能な限り意見を折衷して至った結論だろう。データの統一を図りたい WHO としても、これは苦渋の選択だったに違いない。

[*13] ICIDH を応用したリーズニングにおいても、ICIDH の分類構造は厳密に運用されていなかった。統計を実施する政府組織や WHO にとっては決して望ましい状況とはいえないかもしれないが、セラピストがリーズニングの整合性を維持するためにはやむを得ない部分もある。

がある。

全体として複雑になったものの、分類に幅ができ、相互作用を重視するようになった点で、ICF は作業療法のリーズニングに利用しやすくなっている。基本的には ICF も ICIDH と同様に機械論的アプローチのリーズニングに向いてるが、空白の個人因子が設定されており、現象学的アプローチへの「連絡口」も確保できる。

1.5　遂行評価レビュー技法 (PERT)

遂行評価レビュー技法 (Performance Evaluation and Review Technique もしくは Program Evaluation and Review Techique, 以下 PERT) は生産工程や土木の施工管理に利用される技法であり、PERT は各工程の順序を決定し、施工時間の短縮を図るために使われる [7]。具体的には工程の流れ図を描いて、もっとも時間をようする工程の経路 (クリティカル・パス) を発見し、その経路にかかる負担を他の経路に分散することで、施工時間の短縮を図る。

各工程の流れ図を PERT ネットワークと呼ぶ (図 1.18)。PERT ネットワークには工程内容を矢印で示すアロー型と、工程内容を節 (ノード) で示すイベント型がある。ノードを矢印 (アロー) でつないで PERT ネットワークを組むが、アロー型の場合にはノードの中に、イベント型の場合にはアローに工程の順序を書き込む。並列に処理できる工程を分岐させ、実施内容を伴わないダミー・アロー (実施に時間を要さない工程で、点線のアローで表す) や所用時間がゼロのイベントなどを組み合わせて、時間を調整しながらネットワークを作成する。さらにそれぞれの工程に必要な時間を振って、クリティカル・パスを発見する。他の工程が追いついてくるまで足踏みしているような工程に、クリティカル・パスの負担を分散させることでクリティカル・パスの所要時間を短縮し、全工程の効率化を図る。

PERT は工学では一般的な技法だが、医療やリハビリテーションの分野での利用は少ない。本来 PERT は工程の効率化を目的としたものなので、工程時間の見積りが行いにくいリハビリテーションや医学的治療には不適な技法とされている。医療現場への PERT の

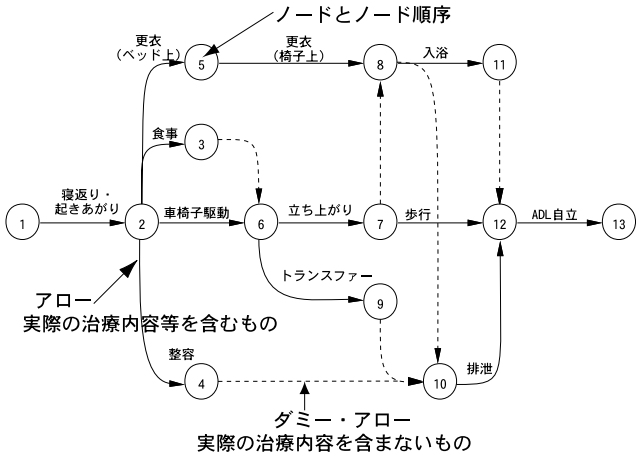


図 1.18　PERT ネットワークの応用例 (アロー型)

応用もクリティカル・パスの短縮のために行われるが、時間的見積もりが不確実なのでこの意味での十分な成果を上げることができない。逆にクリティカル・パスの短縮に注目しすぎると、治療に設定された時間が制限されて、サービスの質を落としてしまうことになる。

時間的な見積もりを除けば、PERT を利用することで治療の順序性やチームでの役割確認にある程度の効果を期待できる (図 1.18)。具体的な時間が設定されないので、クリティカル・パスの発見や分散化の効果はあまり期待できないが、サービスの順序はかなり明確になる。逆に時間設定を除いたことで分析が簡便になり、現場でのリーズニングへ応用しやすくなるだろう。

セラピストは PERT を使ってリハビリテーション過程の効率化を図ることに抵抗を感じるかもしれない。しかし機械論的アプローチはその性格上、効率的に運用されることが必要とされる。仮に現象学的アプローチの割合を少なくして、機械論的アプローチを主にするなら、セラピストはこの程度の労力を惜しむべきではないだろう。

第 2 章

現象学的アプローチ

現象学的アプローチでは同じ現象を、前章まで論じてきた機械論的アプローチとはまったく別の角度から取り扱う。両者のアプローチは相互に補完し合うものであり、どちらか一方ではリーズニングが偏ってしまうことになる。現象学的アプローチの本質自体は従来から作業療法に存在していたが、それがリーズニングの場面に現れることは少なかった。ここでは現象学的アプローチの概略を説明し、積極的にリーズニングに応用する方法について論じることにする。

現象学的アプローチでは利用者の経験や意味などを取り扱う。経験や意味は主観に属するものであり、基準を置いて比較をする機械論的アプローチでは扱うことができない。それらは正常、異常、低下などを判断されるべきものではなく、伝統的医学では治療の対象にならない次元に属する。あえていえば現象学的アプローチは「問題点を上げない作業療法」である。現象学的アプローチにおいて作業療法士は問題を発見して、それを解決する代わりに、利用者の経験や意味を再構成し、協業の中で新たに経験を作り出すことを目指す。

機械論的アプローチに慣れたセラピストにとっては、見慣れない言葉が出てくるので、戸惑うことが多いかもしれない。しかし見慣れないのは言葉だけで、内容については現場に身近で起こっていることを指している。

2.1　現象学的アプローチの視角

現象学的アプローチでは経験を取り扱うことになる。ここでは現象学をなるべく平易に説明し、障害や病気をどのようにとらえるのかを解説する。

2.1.1　現象学と生活世界

現象学とは世界のあり方を個人の意識に与えられる現象としてとらえる哲学の分野で、社会学などで応用されてきた。現象学は作業療法にも取り込まれつつあり [8]、米国では社会科学と融合して作業療法の新しい流れになりつつある。社会学や作業療法が現象学を選択するのは、外界と内界の現象が不可分な結びつきをしており、機械論的な世界観では人間の営みを十分に説明できないためである。

現象学では個人に意識として現れる生活世界 (Lebenswelt) を仮定し、これによって世界のあり方をみている [9]。生活世界とはア・プリオリ (先験的) に与えられた「いま」と「ここ」を中心としてみる主観的世界である。その世界は経験によって成り立ち、その中で意味や因果関係がとらえられることになる。個人の生活世界は孤立しているわけではなく、むしろ開かれており、各個人間にまたがる世界 (間主観的な世界) が構築され、そこに諸物の存在や時間が現象する。つまり生活世界というのは単なる個人の内的現象ではなく、外的世界を構築する基礎になっているといえる。

簡単に言えば一人称形式の小説のようなあり方が生活世界であり、三人称形式の小説が

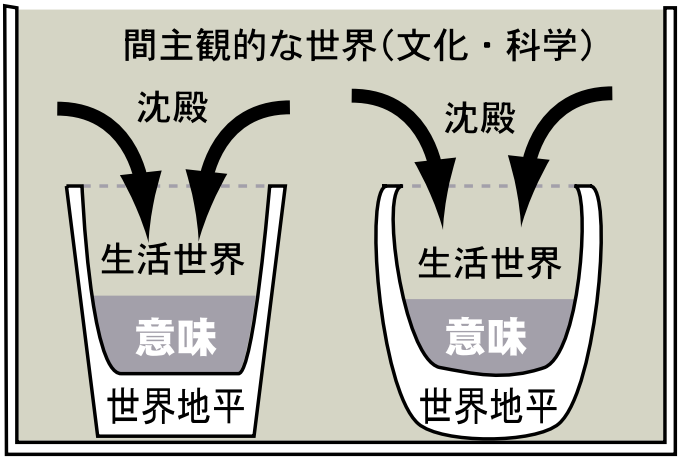


図 2.1　グラスにたとえた生活世界と現象学的なみかた

外的世界のあり方といえる[*1]。少しシュールなたとえになるが、生活世界といのうは水槽に沈めたグラスのようなものである (図 2.1)。このときグラスが世界の地平にあたり、グラスの中が生活世界となる。このグラスは水槽の中を動き回って形を変える。グラスの外は間主観的な世界だが、生活世界の内と外は同じ水で満たされている。この水槽に小麦粉を入れると、小麦粉は水槽の中を舞ってグラスに沈殿する。この小麦粉が意味や因果関係にあたり[*2]、グラスの形、すなわち世界地平によって沈殿した小麦粉の状態が変わってくることになる[*3]。

このような現象学的理解は外的世界の存在を自明視する自然科学的思考への懐疑から出発している。「自然は数学という言葉で書かれている」という信念から発展した自然科学は外的世界の存在とその中の法則への確信がもとになっている[*4]。多くの人々は近代の自然科学を通してこのことを事実のように認識している。しかし現象学ではこのように自明視されている外的世界も、人間の諸活動によって構築された間主観的な世界に過ぎないとする。つまりア・プリオリに与えられているのは、外的世界ではなく、内的世界の方だというわけである。

機械論的に (あるいは数学的に) 構築された機械論的な世界観は法則を導くのに有利だが、人間の生活世界に沈殿する意味を扱うことは難しい。生活世界には論理性の密度に差があり、アウトラインでは矛盾がなくとも、論理的に隔たった細部では排中律[*5]にさえ従わないことが多い [10]。機械論的世界には論理性の密度が均質であることを前提にしているので、生活世界の意味やその他の連関を完全に処理できない[*6]。

人間は常に「いま」と「ここ」を中心とした生活世界の中心に位置し、世界地平との関連によって意味連関 (Meaning Context) を見いだす。さらには「いま」と「ここ」を時間的にも空間的にも越えた外の世界とのつながりを見いだす。機械論的な因果関係を「いま」と「ここ」から眺めるとハイデガー,M のいう道具的連関になるだろう。かなり粗雑な理解であるが、ハイデガーは空間的な存在と時間の流れを人間の「企投」で説明する [12]。ただし本書では現象学と機械論を併存させるために、あえてハイデガーの存在論は選択し

[*1] ただし現象学では三人称形の小説であっても「誰かの視点」によって借定された世界であるとみる。

[*2] 実際に現象学では意味が生活世界に「沈殿する」という表現を使う。

[*3] 真面目に現象学に取り組んでいる人たちには質の悪い冗談にしか映らないかもしれない。ここでの議論の中心はあくまで現象学の簡単な理解だということでご容赦願いたい。

[*4] ガリレオやニュートンの時代には、自然科学は自然哲学という哲学の一分野であった。

[*5] 排中律とは数学や論理学が前提とするもので、簡単に言えば「黒くあって、同時に黒くない」ということは成立しない (つまり必ず偽になる)、というものである (「黒でも、白でもない」や「黒であり、白である」は排中律に反しない)。

[*6] ただし機械論が意味をまったく処理できないわけではない。論理性が均質の意味構造は機械によっても処理可能である (ただし気の遠くなるような分節化を行わなければならない)。またベイズ統計学などではそれぞれのエージェント (個人などの構成要素) の信念確率を設定した上で、論理的に不均質なシステム全体の振る舞いを処理する [11]。

ない。因果関係は機械論的に処理し、生活世界と機械論的世界は相互浸透の関係にあって、両者が人間の解釈や行動を支配するという立場をとる (相互浸透とは相互に独立しつつ関連している状態をいう)。現象学では機械論的世界はあくまで生活世界上に借定されるものなので、このみかたは「中途半端」だと非難されるかもしれない。本書がこうした立場をとるのは医学モデルとの現実的な折衷を優先するためである*7。ベナーの看護理論はこの点をハイデガーを基礎に貫いている。そのためベナー看護論では実践をもとにして、人間のモデル化を一切否定している*8 [14]。

それぞれの生活世界で意味や論理性は異なるが、それらの生活世界は常に開かれており、間主観的な世界を形成する。その間主観的な世界が「科学」や「文化」といわれるものになるが、それぞれの間主観的世界によっても生活世界のあり方は規定される。つまり生活世界を理解するには、体験の蓄積がどのような間主観的な世界で行われたかを知ることが不可欠となる。

2.1.2　体験としての障害や疾病

疾患や障害というのは医学的な側面だけではなく、生活世界の上に起こる体験としてとらえることができる。病気 (Ilness) というのは体験の次元に存在するものであって、客観的体系の次元にある疾病 (Disease) とは異なるものである*9 [15, 16, 17]。機械論的アプローチでは疾病は取り扱えるが、病気は取り扱うことができない。

ライフ・スタイルの変更を伴うような病気や障害というのは、本人にとっては過去の体験によって分類しようのない未曾有の事態である。障害や病気によって生活世界の地平がただちに変わるわけではない。むしろ変わらないからこそ、「いま」と「ここ」に同居している障害や症状に戸惑うのである。この際に障害や症状に適応するために、それに対する新たな分類 (概念) を作り上げる必要がある (このことを分節化という。詳しくは pp36 の記号論的みかたを参照のこと)。医療関係者は医学的知識によって分節化が行われると単純に考えがちだが、分節化の際に参照されるのが医学的知識とは限らない*10。医学的分類は医学という特殊な世界で通用する概念であって、「いま」と「ここ」から世界をみている生活世界には内包されていない。生活世界に内包されていないものを、内包に対して外延といい、この際の専門的知識は外延的知識にあたる。先ほどの水槽のたとえで言えば、

*7 機械論に慣れた思考を哲学的思考に切り替えるのが難しいというのが「本音」かもしれない。ちなみに両者の関係は相互浸透にとどまらず、不可分な状態で一体化している (オート・ポイエーシス=第三世代システムでいうカップリングという状態に近い [13])。実際の生活世界では両者を分離することはできないので、本書の立場が「中途半端」だという指摘は結果的に正しいことになる。

*8 ベナーの看護論も理論として概念分類は使わざる得ないので、結局は小さな矛盾を犯していることになる。

*9 現象学ではこれを客観的ではなく、あくまで特定の視点に立った間主観的体系と見る。

*10 医学用語で分節化しているのはあくまで医療関係者であって、本人ではない。

外延的知識は別の水槽に蓄えられた水であり、生活世界のグラスの中には直接汲み出すことができない (図 2.2)。

たとえ医学体系の持つ意味を理解できたとしても、それはあくまで言語的意味としてであって、身体的意味にはならない。この点で診断や症状の説明などと、体験的としての身体的意味には大きな裂け目がある。例えば片麻痺の利用者にとって、身体が思うように動かないのは「錐体路症状」のせいでも、「共同運動」のせいでもない。仮にそれらの説明が理解できたとしても、身体が思うように動かないという「リアル」な説明にはならない。文化の中での体験は蓄積された知識 (Stock of Knowledge at hand) として生活世界に内包されているため、多くの場合それらは外延的知識より優先することになる。ときには症状や障害に対する利用者説明を、周囲が奇異に感じることもある。しかし本人にとって、それが体験と結びついた「リアル」な説明となる。医学的な知識やセラピストの指示がいくら合理的であっても、生活世界や文化に裏打ちされた行動はそう簡単に覆らない。

医学的知識に限らず外延的知識は障害や症状をただちに分節化することはできない[*11]。症状や障害の分節化は、外延的知識 (専門家の助言) や生活世界に内包された知識のみならず、症状や障害をもとにした新たな体験によって分節化される。その体験は、機能の回復や能力の強化かもしれないし、まったく違ったものかもしれない。自分の身体的意味を分節化するために探索行動を開始し、身体的意味と言語的意味を一致させて、ライフスタイルなどの重要な決定を行ってゆく。

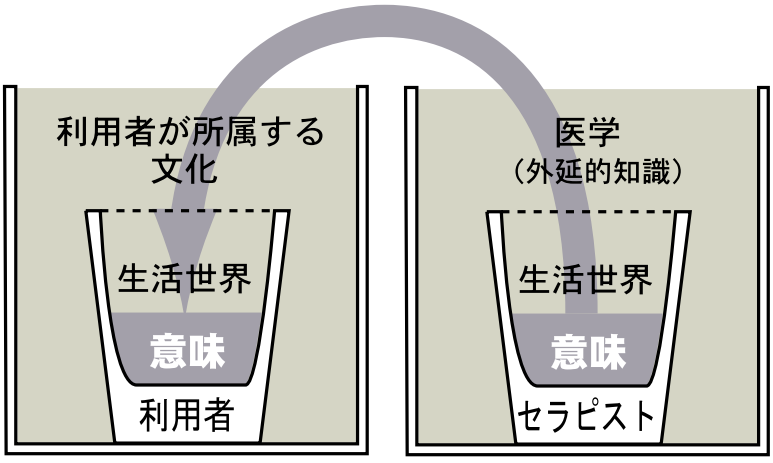


図 2.2　外延的知識としての医学

[*11] 宗教は多くの場合生活世界の意味に根ざしているが、宗教的な説明であっても容易には受け入れられないだろう。

2.2　作業療法とイベント・メーキング

機械論的アプローチが問題解決の場であったのに対して、現象学的アプローチでは作業療法をライフ・イベントを作り出す (イベント・メーキング) 体験の場としてとらえる[*12]。ここでは現象学的アプローチとしての作業療法のあり方について解説する。

2.2.1　体験の場としての作業療法

障害や慢性疾患を負うということは、その作業（生活）に問題を抱えるという側面もあるが、リハビリテーションは単に問題解決だけのための過程ではない。新たな身体や状態で自分に適した活動を探索し、体験を通して作業を作り上げ障害による二律背反の事態を止揚する場でもある[*13]。利用者は再生に向けたドラマを作り上げるなかで、身体的意味を分節化する。

同様のことは一部の心理療法や家族療法でも行われるが、心理療法や家族療法はこれらの過程を主に対話によって行う [19]。それに対し作業療法では体験に立ち会い、その「場」を共有することで行う。しかし作業療法で体験のみを取扱い、対話は心理療法に任

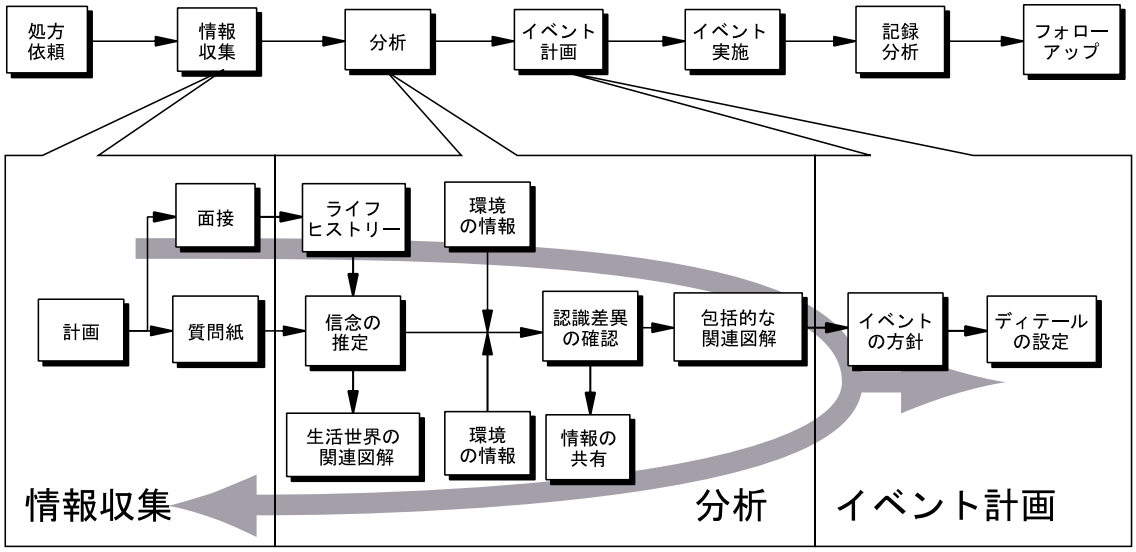


図 2.3　現象学的アプローチの流れ

[*12] イベント・メーキングという概念は Mattingly の唱える Therapeutic Emplotment に非常に近いか、そのものだと言ってもよい [18]。しかし「治療的筋書き」では誤解が多いし、ここでのアプローチを脱医学化するものとして位置づけた以上、この言葉を利用することはあえて断念した。

[*13] 弁証法において、定立 (テーゼ) と反定立 (アンチ・テーゼ) の相反する構造を総合 (ジン・テーゼ) によって解消する過程を止揚とよぶ。詳しくは pp39 を参照のこと。

せてしまうと、体験と対話が乖離してしまい、十分なアプローチにはならない。利用者とセラピストが協業によって体験の分析過程を共有化することで、対話の果たす役割を補うように構成する。

現象学的アプローチでは、情報収集によって利用者の生活世界を見積もり、分析にもとづいてイベントを作り出す (図 2.3)。主な情報収集は利用者との面接となり、そこから利用者のエピソード (Episord)[*14]を記述として起こし、ライフヒストリー (Life-History) にマッピングする。本来のライフヒストリー研究では被調査者の人生全体の物語 (Narrative) を叙述データに起こすが、ここでは断片的で局所的なエピソードを集めて、ライフヒストリーの構成を試みる。ライフヒストリーには過去のみならず、現状の認識や将来への予測が含まれており [20]、イベント・メーキングに重要な材料を提供する。ただしエピソードを含めてライフヒストリーは叙述データなので分析は容易ではない。ここではエピソードにより再構成されたライフヒストリーを関連図に変換することで、データの複雑性を軽減し、生活世界のレリヴァンス[*15]を推定する。

利用者にも、セラピストにもイベントの進行を完全にコントロールすることはできない。意図は外れ、予期しない何かが舞い込んでくる。体験は本人の意図性 (Intentionalty) だけでなく、偶発 (Coincident/Accident) の複雑系の上に成り立っている[*16]。それでも利用者の生活世界を分析し、イベント・メーキングの計画を立てることは、無計画で場当たり的なイベントより、利用者の認識に強く訴える経験を生み出すだろう。

このような現象学的アプローチは、表で機械論的アプローチが精密に動いていてこそ成立する。現象学的アプローチの比重を大きくするとしても、機械論的アプローチが粗雑では作業療法として十分な成果を上げることができないだろう。

2.2.2 協業というスタイル

機械論的アプローチと現象学的アプローチでは、セラピストと利用者の関係が違ってくる。機械論的アプローチの場合には、セラピストは指導者（Director) のスタンスをとり、リーズニングの過程を積極的に利用者に明かさないことが多い。対する現象学的アプローチでは、イベント・メーキングに携わる協業者 (Collaborater) のスタンスを一貫してとる。

[*14] エピソードがライフヒストリーよりも規模が小さいことは直感的に分かるが、イベントという言葉とは区別しにい。イベントはエピソードより意図性が強いと考えられるが、残念ながら論理的に両者の違いを明確に定義することは難しい。

[*15] 生活世界の地平と主題との関係によって構成される意味や因果関係などの関連性をレリヴァンスと呼ぶ。詳しくは pp40 を参照のこと。

[*16] 複雑系というのは単に複雑なシステムという意味ではない。全体の決定がさまざまな構成部分 (エージェント) に分散され、全体の振る舞いが線形的 (直線的) に予測ができないシステムを複雑系と呼ぶ [21]。本書の一部では複雑系の科学の概念を援用しているので、創発 (Emergence) などの見慣れない用語が登場することがある [22]。

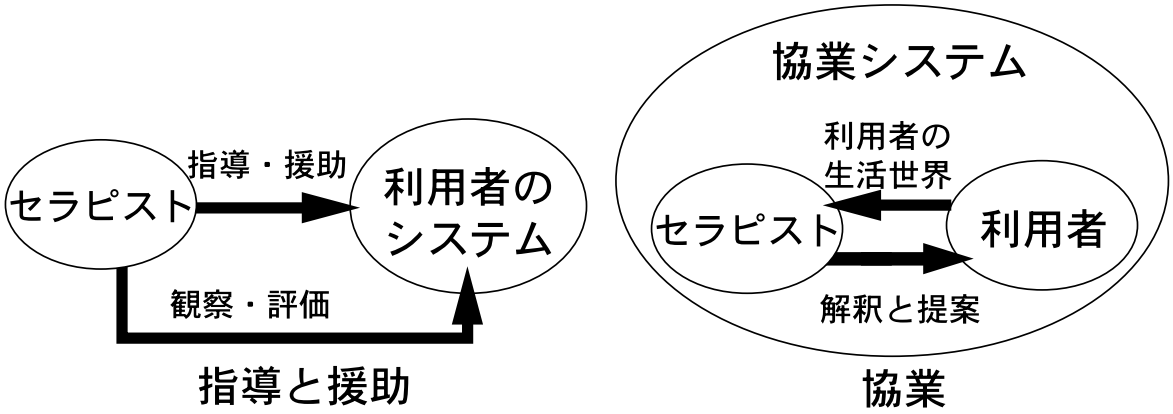


図 2.4　指導と協業のスタンスの比較

情報収集から体験までの過程を利用者と協同しながら進めてゆく (図 2.4)。この利用者とセラピストの関係を協業と呼ぶ [23]。医療福祉の専門家は良い変化をもたらすサービスを提供するというのは、「指導者」としてのセラピストの理解である。協業の立場では「変化を起こす」というより、むしろ「変化に立ち会う」といったほうが近い[*17]。

この二つのスタンスは時として相反するものになる。前者は専門家として助言をすることを要求し、後者は利用者の生活世界を代弁するピア (Peer) としての立場を要求する。セラピストは態度の一貫性が保てず不信を買ったり、フラストレーションに引き裂かれるようになる[*18]。セラピストが場面に応じて二つの役割を使い分けることができればよいが、場合によってはどちらかの選択を迫られることになる。

専門家のスタンスとピアとしてのスタンスのどちらを優先するかに関しては、残念ながら決定的な回答は存在しない。ただし機械論的アプローチと現象学的アプローチのリーズニングの過程を可能な限りオープンにしておくことで、この葛藤を軽減することは可能かもしれない。

2.2.3　他職種との情報共有

専門家というのはそれぞれの職業領域に正統性 (Legitimacy) があり、独自の職業的な間主観的世界を構成している [25][*19]。利用者のサービスに当たるリハビリテーション・チー

[*17] この立場はカナダ作業遂行モデルの「クライエント中心主義」よりも、人間作業モデルや社会構成主義がとるスタンスに近い [19, 24]。

[*18] 協業というスタイルを提唱するカナダ作業遂行モデルでは、第一優先となる利用者や問題を特定することで、この事態をかわそうとする。反精神医学や社会構成主義ではこれにとどまらず、専門家としての立場をさらに厳しく問い直す。

[*19] これらの職業世界が物体に象徴されることもある。看護婦のキャップはそのよい例である。キャップこそが看護婦の象徴であり、その記号 (コード) を誰もが知っている。

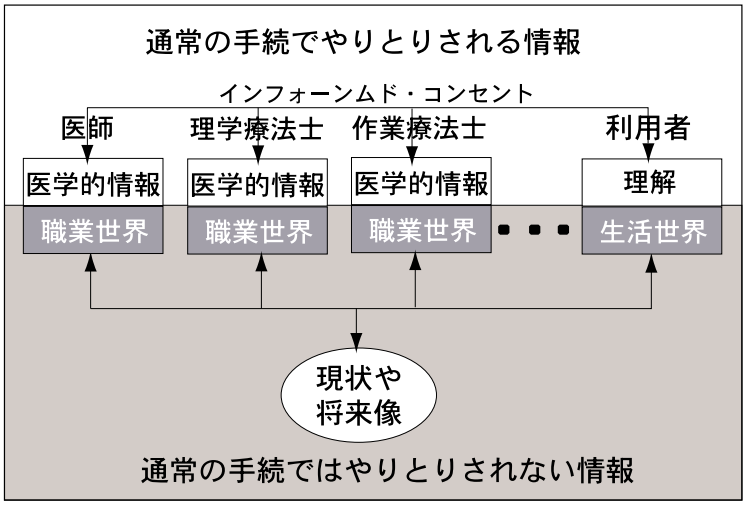


図 2.5　医学情報と現象学的情報

ムやケア・スタッフのそれぞれの職種は、利用者の生活世界と並び立つ職業世界とでも呼ぶべき世界を有している[*20]。

各専門家は自分の職業世界の目を通して利用者の状態を把握している。現象学的なみかたはどの職種でも行っているが、現象学的なみかたは恣意的であるとして、職業間のフォーマルなコミュニケーションでは無視される傾向が強い (図 2.5)。往々にしてランチタイムなどのインフォーマルなコミュニケーションで、利用者の重要な情報が登場することがある [20]。利用者の生活世界に関する情報を論理的に整理し、チームの職業的世界との調和を図ることができれば、チーム・アプローチの効果を最大限に引き出せるはずである。

利用者の生活世界に職業世界を従わせる戦略をとってもよいが[*21]、利用者の生活世界とチームの職業世界を同列に扱った方が現実的でもあるし、おそらく効率的であろう。セラピストはそれぞれの世界の性質を理解し、それらが描き出す将来像を調和させる必要がある。そのためにも現象学的情報はフォーマルなコミュニケーションのために論理的に整理しておく必要がある。

[*20] 利用者がサービス主体であるとしても、それらの職業世界の存在が一概に「職業エゴ」だとは非難できない。

[*21] 「指導」を通して職業世界に生活世界を従わせることが必要な場合もあるが、誤れば倫理的な逸脱行為になりかねない。

2.3　リーズニングの基本原理

現象学的アプローチのリーズニングの内部に働く原則は、機械論的アプローチの場合とかなり異なる。機械論的アプローチと違って、現象学的アプローチでは表面的な手順を真似ただけでは十分なリーズニングを行うことはできない。現象学的アプローチを行うためには、リーズニングの内部に働く基本原理を理解しておく必要がある。

機械論的アプローチは自然科学を基礎としているのに対し、現象学的アプローチは現象学や弁証法、記号論などを基本原理としている。自然科学は現象から法則を作り出し、その法則を応用して現象を予測し、物を組み立てる。それに対して現象学的アプローチの基礎となる諸学問は人間の活動を論理的に解釈し、一貫した説明を試みる。解釈は法則と違い、同じ現象でも人によって違った認識があることを認めるため、論理の一貫性や整合性を問うことはあっても、客観性や再現性を求めることには固執しない (表 2.1)。機械論的アプローチの基礎となる基底還元論は、要素を全体から切り離しても、機能が一義的に不変であることを前提としている。もし意味や文化などを機械論的アプローチの原理によって処理してしまうと、現実に合わない法則を導き出してしまうことになる。

2.3.1　記号論的なみかた

記号論はソシュールの言語学を基礎にして発展した学問であり、その考え方は文化人類学や社会学にも応用されている [26]。記号論では言語やコミュニケーションに限らず、世界内のあらゆる現象を記号 (コード) のやり取りとして解釈する。その基本を簡単にいうと、名辞する語 (シニフィアン) と名辞される概念 (シニフィエ)、指向対象から記号が成り立っているとことにある[*22]。

すべて現象はそのままでは意識化することができず、シニフィアンによって分節化され

表 2.1　両アプローチの基本的性質の比較

	機械論的アプローチ	現象学的アプローチ
基盤	自然科学	社会科学
方法	法則定立と演繹	解釈
性質	整合性と一貫性	
	客観性と再現性	文脈依存性

[*22] シニフィアン、シニフィエ、指向対象は記号論の諸説ではさまざまな呼び方がある。ここではソシュールの言葉を用いた [26]。

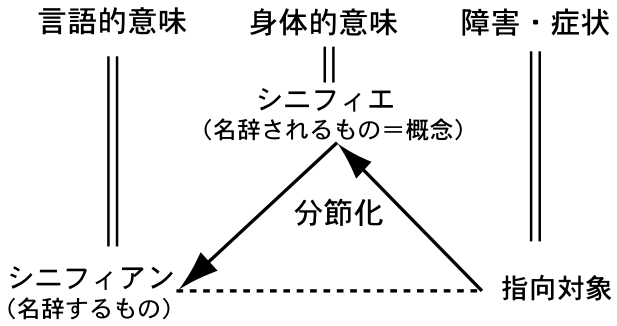


図 2.6　障害や症状の記号論的みかた

ることによって、コードとして成立し、意味を持つことになる。シニフィアンは慣習によって概念としてのシニフィエを持つことを分節化とよぶ (図 2.6)。シニフィアンとシニフィエには恣意的な関係しかないとソシュールは述べたが、シニフィエは慣習によって成立するので、両者の関係が一概に恣意的であるとは言えない[*23]。

簡単に言うと分節化とは指向対象を弁別する分類概念を感得することである。たとえば「ブルドッグ」と「ダックスフンド」は「犬」という概念だけでは弁別することができない。指向対象が明示されれば、その特徴によって分節化され、その特徴によって分類概念が与えられる。ただしこのように指向対象が明示できないこともある。たとえば「悲しみ」と「憂鬱」というのは概念が異なるが、両者の指向対象は明示できない (指向対象そのものがコードから成り立っているコードを「コードのコード」と呼ぶ)。このように指向対象が明示されないようなコードであっても、人間はその違いを弁別し、分類概念を感得することができる。ここでいう分節化とはこのような過程のことを指す。

障害や症状はそのままではなく、文化としてのコード体系や慣習によって分節化し、身体的意味となる [27, 28]。医学的診断と症状は医学的なコード体系の中で成り立つものであって、利用者にとっての障害や症状と直接的に結びつくものではない[*24]。利用者は現状を把握するために、状況を分節化する必要がある。指示対象である障害や症状は、分節化によって身体的意味のとなり、生活世界に組み込まれる。この分節化は、専門家による助言などの外延的知識だけによって起こるものではない[*25]。分節化は生活世界に蓄積された知識や探索行動の体験によっても行われ、コードとして成立し、世界のあり方を決定

[*23] 正確に言えば、この関係の中にラング-パロールや意味-統辞などの概念が入り込んでくるが、ここで論じるべき範囲を超えているので省略する。

[*24] 医学的なコード体系はあくまで症状の外部として機能するものである。たとえ医学的コード体系を持つ者が障害や症状を被ったとしても、それによって分節化がなされるとは限らない。

[*25] 一部の社会構成主義では外延的知識を全面的に否定することがある。しかし現実とはそぐわないし、学問による知識の獲得を説明できなくなる。そもそもそうした主張をするのは特権化された知識人に多いこと自体に矛盾がある。

する。

多くの場合これらのコードは多義的であると同時に、文脈 (Context)[*26]に依存している。文脈とは言動や態度、行為などの意味を決定している環境や前後関係などを指す。たとえば自動車のライトはモールス信号のような精密な構造を持たなくとも、運転者の意思を伝えることができる。ライトの点滅は状況という文脈によってコードとしての機能を発揮する。断片的なコードを文脈から切り離して、別の文脈に入れると、そのコードはまったく違った意味を発揮する[*27]。このためコードの一義性が保証される数学のような体系ならともかく、社会活動のような体系では客観性や再現性は保証されない[*28]。

障害や症状は明確に示せる指向対象がない、いわゆる「コードのコード」である。分節化というのはコード間の連関 (Context) を感得する過程を指すが、この過程は修辞学における換喩 (ものごとを置き換えてたとえること) と密接な関係がある。ある概念を分節化するためには、すでに感得している指向対象や概念に置き換える過程を必要とする [31]。障害や症状の構造を維持したまま、利用者の生活世界や所属文化にあわせた換喩を行うことは、障害や症状の理解を飛躍的に向上させることがある。

記号論は一部の社会科学のほかに文学テクストや演劇理論などにも応用されている。文学や演劇の中で語られるドラマはコードの集まりであるとのみかたもできる [32]。文学テクストや演劇に限らず、物語 (Narrative) の性質は心理学や社会科学などで注目を集めている[*29] [19, 33]。

物語には科学－論理様式では消えてしまう文脈を維持することが可能で、人間の感情や直感的思考に直接作用する働きがある [34]。また物語には「はじめ」と「おわり」を決定し、連続的な時間軸から意味に従って、一定のライフ・イベントやエピソードを切り取るという特質がある。一見何でもないようだが、時間軸に「はじめ」と「おわり」の区切るというのは、意味を処理できない機械論では決定することが極めて難しい。このような物語の性質を活かして、家族療法では物語療法 (または書き直し療法) が注目を集めている [19]。これは支配的な物語 (Dominant Story) を書き直すという社会構成主義によるものである。また現象学や社会科学の潮流に乗って作業療法研究の一部でも積極的に応用され始めている [35, 36, 37]。

[*26] 現象学では Context を「連関」と訳し、この中に意味や因果などの関係を含む。

[*27] 文脈と意味はゲシュタルト心理学における「図と地」の概念にも相当する [29]。この関係は記号論のみならず、現象学におけるレリヴァンスの問題でも取り上げられている [30]。

[*28] すべての現象は一回だけで、同じ現象が現れることはないという立場をとるエスノグラフィーでは常に現在形を保つという意味で「生きられつつある体験 (On-Going-Experience)」と言ったりする。

[*29] 還元論やシステム論から「物語」へ転換する動きは物語的転回 (Narrative Turn) と呼ばれている。

2.3.2　弁証法的なみかた

弁証法では生活世界も含めて世界に生じることがらを、定立 (Thesis) と反定立 (Antithesis) からなる二律背反 (Antinomy) とそれを解消する総合 (Sinthesis) からなっているとみる (いわゆる正－反－合)。世界に生じることがらは定立に反する反定立によって問題として意識化され、それを総合によって解消する (止揚する) 繰り返しによって成り立っていると弁証法ではみる[*30](図 2.7)。

作業療法の過程を弁証法的にみると、利用者の生活世界の関心事 (トピック) が定立であり、それを阻害する障害や病気が反定立となり、体験としての身体的意味の分節化が総合にあたる。この構造は身体的意味を分節化する記号論のコードの成り立ちとも関係する。

また弁証法は一部の演劇理論にも使われている。演劇理論から見ると、オーディエンス (観客) に感動を与えるドラマには、ある特有の構造があるといわれている。それは劇の成り行きに対して相反する制約が加わる構造であり、それを何らかの形でクリアするドラマに、オーディエンスはカタルシス (Cathrsis) を与える [38]。弁証法的にいうと定立と反定立の二律背反構造を解消するのがドラマとなる [39, 40]。

作業療法でみると、利用者が持つ生活世界に障害や阻害因子が加わり、体験としてのイベントがドラマということになる[*31](図 2.7)。演劇のようにオーディエンスに感動を与えることが、作業療法の目的ではないという主張は必ずしも正しいとはいえない。オーディ

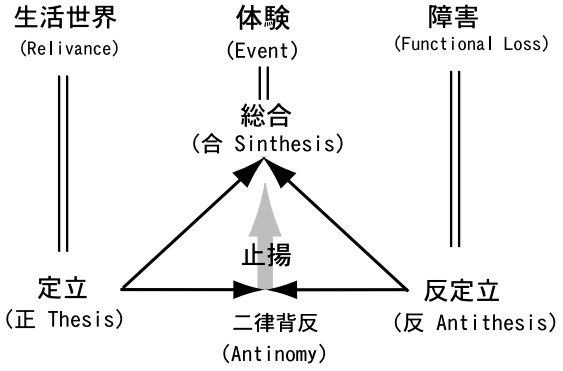


図 2.7　障害や症状の弁証法的なみかた

[*30] この基本構造はヘーゲル弁証法によるものであるが、マルクス弁証法では究極的な総合に労働をおく。生の影を払拭し続けた実存主義から、労働を謳うマルクスへという歴史の流れに納得がゆくものがある。マルクス礼賛は正しくないが、作業療法にとって身体的意味と労働というのは再考してみる価値があるかもしれない。

[*31] Mattingly も文学理論を応用しており、Therapuetic Emplotment などでも同様のことが述べられている [18, 20, 37]。

エンスには利用者自身も含まれ[*32]、体験をポジティブなドラマとして解釈することで、問題解決が促進されることもある。問題解決が一方的にカタルシスを生むだけでなく、他の体験によるカタルシスが問題解決を促進することもある。現象学的アプローチにおけるイベント・メーキングは利用者のレリヴァンスに沿ってカタルシスを生み出す体験の形成を目的としている。

2.3.3　現象学的社会学

人間の活動や行為は社会や文化、個人の生活世界という文脈の中ではじめて意味を持ち、その意味が解釈できるようになる。社会学の中でも基底還元論の概念に近い機能社会学では、心理的あるいは社会的因子の関係性によって、文化や社会のあり方、人間の生活行動などを説明しようとする[*33] [43]。

一方、現象学的社会学はそのみかたを疑問視する[*34]。文化や社会は、活動や行為が生み出す意味をつむぎ出すことによって、立ち上がってくるものであるとする。すなわち文化と活動や行為は意味を作り出し、解釈する相互依存の関係にあるということになる (図 2.8)。

シュッツ,A はフッサールの現象学をもとに生活行動を分析し、それらの行動は生活世界のレリヴァンスによって導かれるとした [30]。レリヴァンスとは生活世界の地平と主題との関係によって構成される意味や因果関係などの関連性のことで、関心事 (トピック)

図 2.8　文化内の意味と生活世界内の意味

[*32] 文学理論では語り手、登場人物、読み手を明確に分けて「誰が何をしたことを誰が語り、それは誰に対する言説で、どのような解釈が可能か」ということを分析する [41, 42]。現実では利用者やセラピストはこれらをすべて兼ねていることになる。

[*33] 機能社会学の代表格がパーソンズ,T である。役割理論なども広い意味で機能社会学に分類される。

[*34] ここで現象学的社会学と機能社会学の優劣を論じるつもりはない。ここで現象学的社会学を取り上げるのは、単に現象学的アプローチの基盤を整えるためである。機能社会学の概念が必要なら機械論的アプローチの中で取り上げればよい。

に合わせて変化し、人間はこれによって物事を解釈し、行動を動機づける。生活上でのエピソードは類型化されて蓄積された知識 (Stock of Knowledge at hand) となり、状況に応じてレリヴァンスが形成される*35。

またブルーマー,H は人の生活行為を意味の観点から分析し、次のような基本原理を立てている*36。

- 人間は、外界の事物に対して付与する意味に則って行為する。
- このような意味は、個人的かつ内面的世界から生まれるものではく、人びととの社会的相互作用の中から生まれる。
- 個人が出会う様々な社会過程の中で、意味は加工され、修正を受けて発展してゆく。

この基本原理にもとづくものがいわゆるシンボリック相互作用論である [44]。人間の生活行動を機能や理論によって説明するのは机上の空論に過ぎないと、ブルーマーらは主張する。彼らは理論的決定論の代わりに、人間の相互交流と個人の解釈過程に焦点を当てて、人間の生活行動を解釈するのである。

シュッツやブルーマーは個人の生活を記述するライフヒストリー研究 (Life History Research) という手法に注目している*37 [45]。ライフヒストリー研究では面接によって、調査者の生活世界を叙述データとして起こし、他の資料と関連づけながら分析を進める。身体障害者に対する機械論的アプローチでは重視されることは少ないが、生活史の調査は精神医学や精神科作業療法にとって馴染み深い手法である。欧米の作業療法では物語的転回にともなって生活史の活用が注目されている [46]。本書でも利用者のレリヴァンスを推定する手法としてライフヒストリーを採用している。

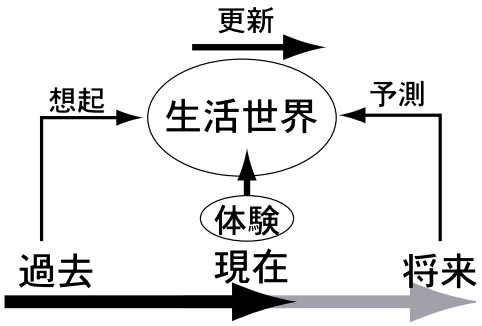


図 2.9　現在の現象として生じる過去や将来

*35 シュッツは状況によって異なる 3 つレリヴァンスを分類し、それぞれをトピック的、解釈的、動機的レリヴァンスとしている。

*36 ブルーマーはこの点から現象学的社会学の中でも意味学派と呼ばれている。

*37 社会学ではライフヒストリー研究は一度すたれた古典的な手法だったが、近年の物語的転回で再び注目を集めるようになっている。

ライフヒストリーとして現れるレリヴァンスは必ずしも事実とは限らない。人間のエピソード記憶は、再生の手がかりによって容易に変化を起こすことが知られている [47]。またライフヒストリーは過去の想起だけでなく、将来の予測的なものも含まれるものと考えられる。過去の想起や将来の予測は常に「いま」と「ここ」にあり、ライフヒストリーを解釈し、それによって再帰的に生活世界を更新してゆく[*38](図 2.9)。

レリヴァンスの決定には状況の類型性 (Typicality) が関与しているとシュッツは述べているが、これは様相論理学の類似性という概念に近い。反実仮想のような可能世界を扱う様相論理学では世界の違いを類似性で評価する [50]。シュッツは予測の実現性という意味で到達可能性という語を用いているが、様相論理学では到達可能性を世界間の類似性の高さを表す概念として用いる[*39]。おそらく蓄積された知識には法則のようなものとは別に物語的なものでも構成されていると考えられる[*40]。レリヴァンスの構成にもこの物語的な知識が大きく関係している。過去の想起やメディアから得た状況 (物語) の中から、現在と類似した状況 (物語) を見つけだす (図 2.10)。さらにそれらの状況は類似性によって他の状況を引き出すように作用している。

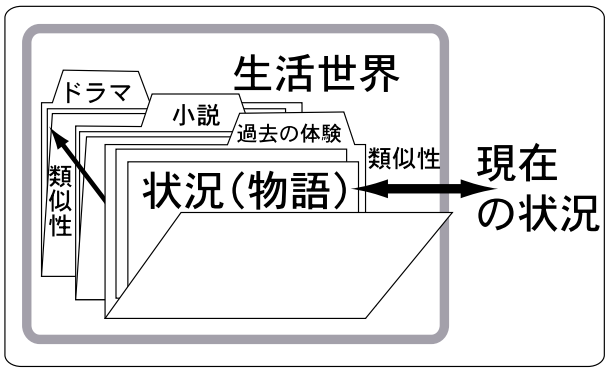


図 2.10　状況との類似性

[*38] この時間に対する見解はアウグスティヌスのものに近い [48]。ハイデガーの時間対する見解と比較すると単純であるが、その視角の斬新さは現代のシステム論にも訴えかけるものがある [49]。

[*39] おそらくこれらの概念の一致は偶然ではない。現象学も様相論理学も原初ではアリストテレスの形式論理学を基礎にしている。弁証法や機械論による自然科学も然りである。論理学に反駁を試みる記号論でさえ論理学を基盤にしているとしか考えられない部分がある。ちなみに Clinical Emplotment を標榜する Mattingly,C もアリストテレスを基盤にしていることを表明している。

[*40] 知識の形式として物語様式 (Narrative Mode) と科学－論理様式 (Paradigmatic Mode) の 2 種類があることを Bruner,J が述べている [34]。

2.3.4　システム論的なみかた

機械論的アプローチで採用したシステム論は第一世代だが、現象学的アプローチでは第二世代システムで説明される[*41]。両者の決定的な違いは、観察と制御の視点と要素間の非決定性にある。第一世代システムは視点がシステム外部にあり、外部から変化を与えない限り、システム内部の要素は自ら変化しない。これに対して第二世代システムは、観察と制御の視点をシステム内部に持ち、内部の関係性が要素を変化させることで、システム全体を変化させる[*42](図 2.11)。また第二世代では、第一世代のようなシステム内部の要素が一方が他方のあり方を決定する関係性ではなく、それぞれのあり方が相互の依存によって決定する関係になっている[*43]。

作業療法において伝統的に言われる「自己の使用 (Use Your Self)」という言葉が、作業療法が第二世代システムの特徴を有することを表している。治療というシステムの内で、セラピスト自身がシステム内の治療媒体として作用することによって、システムを通して利用者自信が変化する。そのシステムの中で利用者とセラピスト間の決定は、相互の依存によって決定する[*44]。

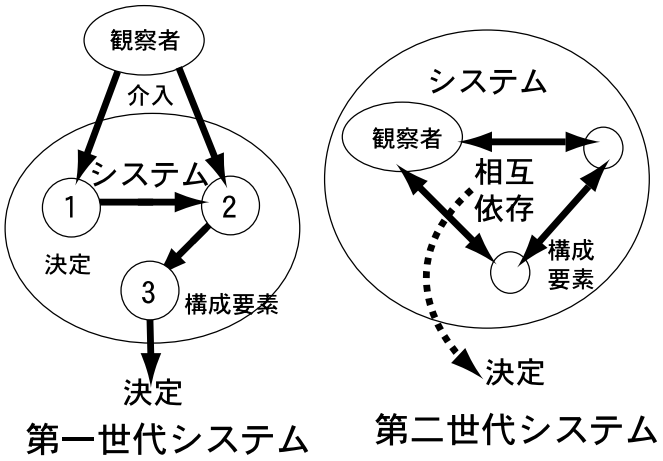


図 2.11　第一世代システムと第二世代システムの違い

[*41] システム論では第三世代も議論されており、オートポイエーシスというのがそれに当たる [13]。作業療法への応用の模索もはじまっている [51]。

[*42] 自己を組織するメカニズムのため、第二世代システムは別名自己組織化システムとも呼ばれ、人間作業モデルなどの基本原理にも採用されている [24]。

[*43] この相互依存による非決定性は複雑系の特徴だが、複雑系の動きのすべてが無秩序なカオス的振る舞いをするとは限らない。システムの状態によってはある特定のパターンを形成することがあり、複雑系の科学ではそのパターンをアトラクタと呼ぶ [22]。

[*44] 現象学的アプローチ自体は決して新しいものではない。ここではそれをリーズニングに持ち込もうとしているだけである。

第二世代システムが第一世代システムより優れているわけではない。第二世代システム論のほうが現実の現象に近いが、システム全体の挙動を把握することが難しくなる。協業というスタイルを強調したことにより、利用者の生活世界に近くなる分だけ、利用者との間合いが客観的にとらえにくくなり、判断が偏ることになる。実際には機械論的アプローチでも同じようなことは起こるのだが、機械論的アプローチは敢えてその状況を無視することで成り立っている。

第二世代システム論の応用は、システム内部から見た眺めを正確に記述できるかにかかっている[*45]。利用者の生活世界に近くなるということは、歪んだ現実を作り出すということではない。むしろ利用者のと関係性を、自分の行為も含めて正確に記述することに、現象学的アプローチの成否がかかっているといえる。

2.3.5　活動理論

活動理論 (Activity Theory) はヴィゴツキー, Л らの歴史文化研究を基礎にルリヤなどの認知研究を組み込んだものであり、教育心理学などの分野で発達してきている。彼らは脱文脈化された能力を否定するとともに [5]、環境から切り離された生活世界もあり得ないという立場をとる[*46] [53]。活動理論では活動[*47]を中心にして、関連する構成要素を理論的に構築しており、エスノグラフィーなどの結果をその要素に従って関係性を検討する (図 2.12)。

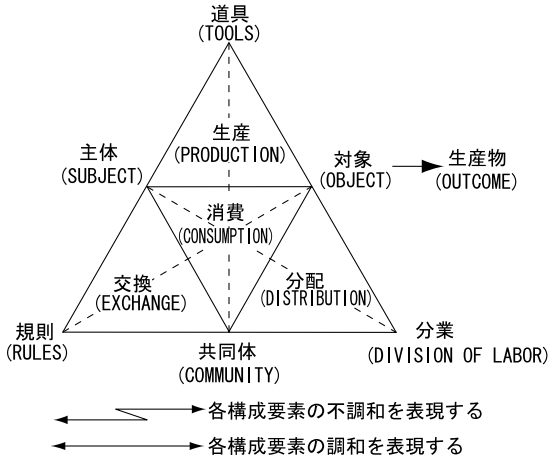


図 2.12　活動理論の構成要素 (引用 [53])

[*45] システム内外の観察の相違を物理学上で訴えるのが内部観測理論である [52]。

[*46] この発展形がレイヴ,J らによる正統的周辺参加理論 (LPP 理論:Legitimate Peripheral Perticipation Theory) である。

[*47] 彼らの活動の定義は作業療法における作業活動とほぼ同義である。

結論から言うと本書は活動理論を取り込むことはできなかった。活動理論の分析手法は利用者に対するメディアの多様化という点では応用できるが、その理論的中心部分については組み込みを断念せざるを得なかった。作成者にとって活動理論の理論構造が未消化であることも原因のひとつではあるが、活動理論は機械論／現象学といった分類には当てはまらないことも大きな理由である。活動理論の理論的な中核を組み込んでしまうと、本書の整合性や一貫性は維持することが不可能になってしまう。あえてここで紹介するのは、手順や理論の整合性維持に対する既成理論の取捨選択を、読者に理解してもらうためもあるが、活動理論自体が放棄されるには惜しい存在であることにも理由がある。これまでのところ、活動理論を応用した作業療法研究は一例も発表されていない。これを期に活動理論の理論構造の検討と作業療法への利用が高まることを期待している。

2.3.6　機械論的アプローチとの関係

機械論的アプローチを主に考えるセラピストは、現象学的アプローチをリーズニングから排除したいと考えるかもしれない。逆に現象学的アプローチの視点で見れば、機械論的アプローチは現実をあまりにも単純化し過ぎると考えるだろう。両者には独立した性質がありながら関係性を持つ、相互浸透の関係にある。

機械論的アプローチにおける問題解決の過程であっても、その体験には現象学的アプローチの視角が存在する。それらの体験に意味を持たせることは、時として問題解決の促進因子や阻害因子となり得る。それにも関わらず体験や意味という要素は機械論的アプローチではリーズニングに取り上げ難い。

利用者にとっての意味や価値というのは、作業のスタイル（ライフスタイル）や活動、行動の選択といった、機械論的アプローチの決定に重要な要素を含んでいる。現象学的アプローチの結果だけを論理形式に変換して、取り入れれば機械論的アプローチのリーズニングはさらに充実するだろう。機械論的アプローチのリーズニングの基礎に ICF を選択すれば、個人因子が生活世界の要素を汲み上げる連絡口として機能するだろう (図 2.13)。ただしリーズニングの基本原理がまったく異なるため、機械論的アプローチの中で現象学

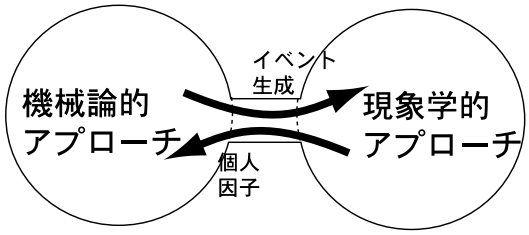


図 2.13　機械論的アプローチと現象学的アプローチの関係

的アプローチを展開することは不可能だろう[*48]。

[*48] 理屈の上では第三世代システム論を使えば、機械論的アプローチと現象学的アプローチを一元化は可能かもしれない。第三の視点が必要になるが、両者を一体化した活動理論のような利用すれば可能だろう。

2.4　現象学的アプローチの手法

現象学的アプローチの基本原理を理解したところで、それを具体的に活用する手法がなければただの空論に終わってしまう。本書の手順では体験から叙述データを起こし、それを操作しやすいようにモデル化した上でイベント・メーキングにつなげてゆく。ここではその過程に応用する具体的手法について解説してゆく。

2.4.1　叙述データ作成の手法

現象学的アプローチでは現象から意味を把握するために文脈を維持しなければならない。文脈から切り離されたデータでは意味を構成できなってしまう。残念ながらすべての文脈を含んだ体験を直接的にデータ化（記述）することは不可能である[*49]。完全にではないにせよ、文脈の意味を把握できる程度に維持することのできるデータは叙述データである。

叙述データとは文章形式のデータである。作業療法でも行動観察などに叙述データを活用することは多い。叙述データは解釈する読み手の認識に依存して解釈に多義性が生じるので、機械論的アプローチではあまり活用されない。叙述データの意味を読み手に特定させるためには、より詳細な叙述が求められる。ただし叙述に計測的表現を多用したり、断片的叙述になってしまうと文脈は損なわれてしまう。さらに叙述データは構造が複雑で、分析や応用が困難な性質がある。叙述的データの性質はデリケートで欠点も多いが、体験をデータ化するためには、今のところ叙述データにまさるデータ形式はない。

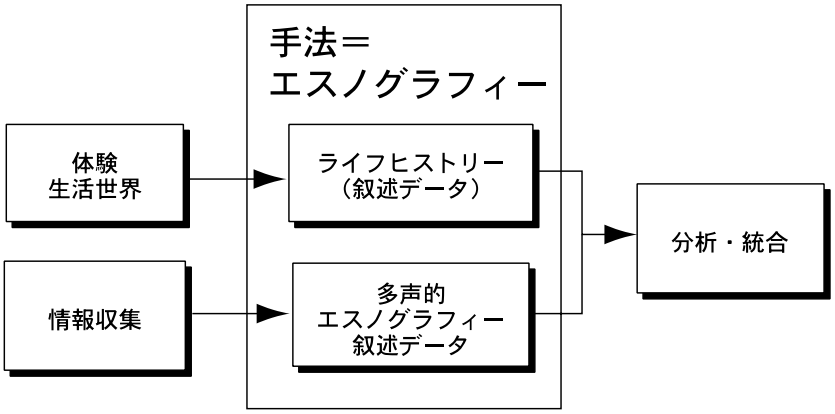


図 2.14　叙述データの作成手法

[*49] バーチャル・リアリティ (Virtual Reality) の技術が進歩すれば、直接的に体験をデータ化することが可能かもしれない。

文化人類学や社会学では、社会や文化を記述する方法として古くから叙述データが使われてきた。この手法をエスノグラフィー (Ethnography)[*50]と呼ぶ (図 2.14)。調査者たちは現場・現地 (Field) に入り込み、状況や人々の行為を参与観察し、ときにインフォルマント (情報提供者) を通して叙述データを起こし、さらに分析を含んだ記述を作り上げる[*51]。

エスノグラフィーは文化を相対化して、他文化のあり方を把握する手法である。自分の持つ文化的価値を絶対視せず、調査する文化を相対化する。調査者は自分の判断を一時停止して (このことをエポケーと呼ぶ)、可能な限り偏りのない目で対象とする文化の本質を分析してゆく。エスノグラフィーにおける叙述データの作成手法については、近年急速に発展してきている[*52]。

エスノグラフィーは文化を記述するための方法であり、特定の個人に焦点を当てるとは限らない。社会学において個人に焦点を当てた形式はライフヒストリー研究が上げられる (ライフヒストリーについては pp41 を参照のこと)。本書では利用者のレリヴァンスを推定するために、このライフヒストリーの手法を採用する。

一部のライフヒストリー研究は個人史から史実を確認するため、過去に起こった事実のみを扱い、情報を照らし合わせた上で個人の想起を取らない場合もある[*53]。しかしここで明らかにしたいのは事実ではなく、生活世界のレリヴァンスのあり方である。人間のエピソード記憶は再生の手がかりによって容易に変化を起こすことが知られている [47]。たとえ事実ではないにせよ、それらのエピソードの想起がレリヴァンスに大きな影響を与えることは間違いない。過去の想起は生活世界の事実として扱い、整合性や一貫性に問題があっても追求しない立場をとる。

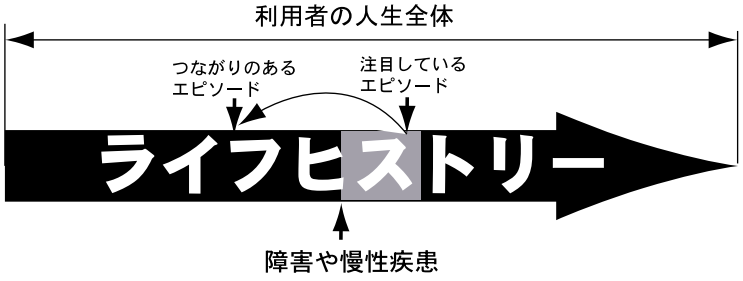


図 2.15　ライフヒストリーへのエピソードマッピング

[*50]「民族誌」という訳語があるが、誤解を招くおそれがあるので、ここではエスノグラフィーという語を使う。

[*51] エスノグラフィーでは調査中につける叙述データをフィールド・ノーツ (Field Notes) とよび、完成した「作品」をモノグラフ (Monograph) と呼ぶ。

[*52] その手法のすべてをここで紹介することはできないので、詳しくは成書を当たってもらいたい [54, 55]。

[*53] 厳密にいうと被調査者の想起のみに頼る手法はライフヒストリーに分類しない。ここでのライフヒストリーはむしろ社会構成主義のいうライフストーリーに近いかもしれない [19]。

本来のライフヒストリー研究では被調査者の人生全体を叙述データとして起こすが、作業療法の現場でこれを行うのは困難かもしれない。研究では被調査者と信頼関係を結ぶまで、調査者は何度も面接を繰り返すが、セラピストにはそれだけの時間的余裕もないし、分析が終了するまでサービスの開始を延期するというわけにもいかない。しかしセラピストが利用者の人生全体を詳細に把握することが不可能であるからといって、この手法がまったく利用できないわけではない。たとえ断片的で局所的なエピソードであっても、利用者の生活世界を描き出すことは不可能ではない。近い過去のエピソード (たとえば施設内でのエピソード) から、さらに過去のエピソードを断片的に探り出し、それらをつなぎ合わせることによってライフヒストリーを構成し、さらに背後にある生活世界を推定することは可能である。詳細は後述にゆずるが、情報収集－分析－イベント・メーキングは決して段階的に展開されるものではない。ここでは断片的で局所的なエピソードを記述し、ライフヒストリーへマッピングするという戦略をとる (図 2.15)。

ここではライフヒストリーには過去の事象だけが含まれているとは考えない。利用者が語りの中には過去だけではなく、現在の状態や将来の予測が埋め込まれている。利用者は「いま」という過去を生きている [56]。ライフヒストリーを語らせているものこそ、利用者の「いま」と「ここ」のレリヴァンスであるととらえる。ただしそれらの予測が到達可能かどうかは、専門家の予測も考慮する必要がある[*54]。

ライフヒストリーを構成するエピソードの収集は面接による聴取が基本となるが、面接

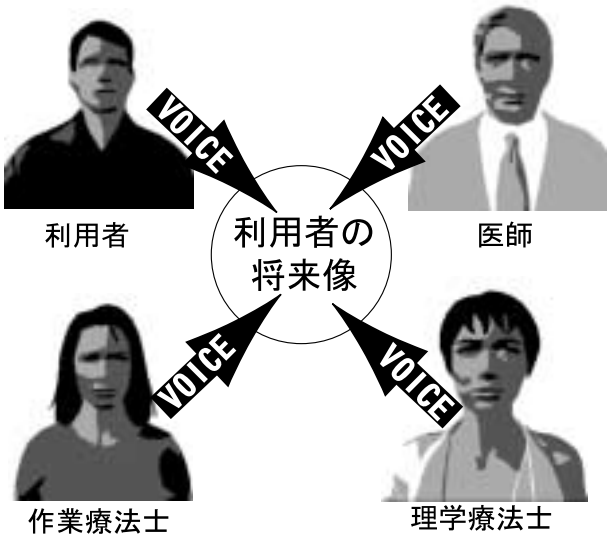


図 2.16　多声的に描き出される利用者の将来像

[*54] 利用者の将来像はレリヴァンスのみでは成立しない。将来像を可能世界と見た場合、現実との類似性 (到達可能性) を加味しなければならないだろう [50]。ただし専門家のの判断が利用者のレリヴァンスを越えるものではない。

というのは熟練を要する技術である。場当たり的な面接では目的の情報を十分に得ることができないし、セラピストの言動が利用者の回答を誘導してしまう場合も多い。この困難さを軽減するために、利用者の写真や愛着のある品物を持ってきてもらい、それにまつわるイベントを説明してもらうようにする。この手法を用いることで、面接による困難さが軽減でき、また利用者の生活世界にセラピストが関心を示している姿勢を伝えることができる [57]。他職種からもエピソードを収集できるが、この際にも面接などによって利用者の認識を確認する必要がある。

利用者がライフヒストリーを通して自分の現状や将来を語るのと同様に、リハビリテーションの専門家は自分の職業世界を通して利用者の状態や将来を語る。専門家の語りには機械論的な要素だけでなく、現象学的な要素が含まれている。利用者も含めて彼らは利用者の現状や将来像を、自分たちの「声 (Voice)」を通して語る。利用者の包括的な将来像にはこれらの複合した「声」の中からが現れてくる (図 2.16)。このように複数のインフォルマントを使ったエスノグラフィーを多声的エスノグラフィー (Poly-Phonic Ethnography) と呼ぶ。本書の手順では、現象学的情報を専門家間で共有する方法として、多声的エスノグラフィーの考え方を採用している。

表 2.2　簡略化された叙述データの例

H・M は S 県で昭和 54 年（現在 18 歳 女性）に生まれた。父親は中学教諭、母親も教諭だったが、彼女が生まれてから職に就いていない。兄弟はおらず「箱入り娘」として育てられ、現在はマンションに 3 人で暮らしている。高校では成績は平均的だが、素行にやや問題があり、家に帰らないで友人宅に外泊することも多かった。中学のときはテニス部で活躍していたが、高校ではクラブ活動をすることもなかったという。 昨年 8 月 (高校 2 年時) に体育の授業の水泳の飛び込みで事故にあい、頚髄損傷 (完全損傷 C7A) と診断される。最初の何カ月かはクラスメイトたちがよく見舞いにきていたが、次第に見舞いは少なくなったといい、「ひとり取り残されたじ」がしたという。今年 3 月にリハ目的で当院に入院してきた。転院してからは見舞いは母親が主で、学校の教諭がときどき来るだけである。高校は現在まで休学中である。事故にあったことに関しては「しかたがない」と言っている。 父親はマンションから一軒家に引っ越して、本人が生活できるように改造する計画を持っているが、本人は「どうでもいい」とあまり現実感がない様子である。院内の ADL はまだ介助を要することが多く、セラピストが本人と ADL の話をするとつまらなさそうな顔で「めんどくさい」という。セラピストが病室に送るときに、彼女はホールのベンチにあったファッション雑誌を病室に持ちかえった。次のセラピー・セッションのときにセラピストが数種類の雑誌を用意すると、書見台を使って熱心にグラビアをみてから、退屈なので映画でも見に行きたい と言っている。

表 2.3　表 2.2 の叙述データをもとにしたコーディングの例

叙述データ	コーディング
H・M は S 県で昭和 54 年（現在 18 歳 女性）に生まれた。父親は中学教諭、母親も教諭だったが、彼女が生まれてから職に就いていない。兄弟はおらず「箱入り娘」として育てられ、現在はマンションに 3 人で暮らしている。	家族関係 「箱入り娘」
高校では成績は平均的だが、素行にやや問題があり、家に帰らないで友人宅に外泊することも多かった。	高校時代 素行不良
中学のときはテニス部で活躍していたが、高校ではクラブ活動をすることもなかったという。	中学時代 テニス
昨年 8 月 (高校 2 年時) に体育の授業の水泳の飛び込みで事故にあい、頚髄損傷（完全損傷 C7A）と診断される。	受傷→対麻痺
最初の何カ月かはクラスメイトたちがよく見舞いにきていたが、次第に見舞いは少なくなったといい、「ひとり取り残された感じ」がしたという。	「取り残された感じ」 →何に?
今年 3 月にリハ目的で当院に入院してきた。転院してからは見舞いは母親が主で、学校の教諭がときどき来るだけである。高校は現在まで休学中である。事故にあったことに関しては「しかたがない」と言っている。	「しかたがない」 受傷のこと 外向きの LOC
父親はマンションから一軒家に引っ越して、本人が生活できるように改造する計画を持っているが、	父親「将来の計画」
本人は「どうでもいい」とあまり現実感がない様子である。院内の ADL はまだ介助を要することが多く、セラピストが本人 ADL の話をするとつまらなさそうな顔で「めんどくさい」という。	「どうでもいい」 「ADL はめんどうくさい」
病室に送るときに、ホールのベンチにあったファッション雑誌を病室に持ちかえった。次のセラピー・セッションのときにセラピストが数種類の雑誌を用意すると、書見台を使って熱心にグラビアをみてから、	ファッション雑誌
退屈なので映画でも見に行きたいと言っている。	映画

エスノグラフィーやライフヒストリーは本来研究のための手法であり、「厚い記述」[*55]を時間をかけて分析する。しかし作業療法の現場では、厳密性のためだろうと、そのような時間が許されない。実際の現場では分析に耐えうる量の叙述データを蓄積するまで、分析やサービス開始を待つ必要はない。叙述量も少なくし (表 2.2)、分析も大幅に簡略化す

[*55] 文化人類学者のギアツはエスノグラフィーとは膨大な叙述データすなわち「厚い記述」の中でなされる試みであると述べた。あまり語られていはいないが、実は「厚い記述」はギアーツがギルバート・ライルの言葉を引用したもので、ライルは「薄い記述」にも言及している (ギアツはエスノグラフィーの目的が「厚い記述」と「薄い記述」の間を埋めるものであるとも述べている [58])。

る (表 2.3)。セラピストは「薄い記述」だけを角度を変えながら分析してゆくことになる。情報を入手する度に叙述データを作成し、分析にかけてゆくことを繰り返す。記述と分析を繰り返すことで、研究には耐えなくとも、リーズニングを支えることくらいはできるだろう。

2.4.2　分析とモデル化の手法

前節でも述べたが、叙述データは分析や活用が難しい。現場には研究と違って、叙述データの分析に割くような十分な時間はない。厳密性を多少犠牲にしても、現場で素早く行えるようにデータを処理して、利用しやすいようにモデル化を試みる。簡単に言えばモデル化された生活世界のというのは、外部に説明できる論理によって生活世界を再構成したミニチュアのようなものである。

生活世界のモデル化は叙述データからさらに脱文脈を進め、生活世界の外の論理構造を持ち込むことになるので、生活世界の構造を歪ませる危険性をはらんでいる。しかし生活世界の内外の論理差を比較できる状態に置かないと、体験や意味をリーズニングに持ち込むことは難しくなる。エスノグラフィーによって優れたモノグラフ (作品) を作り出したとしても、利用者のサービスに直接利用できないようではその価値は半減してしまう[*56]。医学や機械論的アプローチが重視する客観的な論理構造と、生活世界のレリヴァンスを無理に調和させる必要はないが、少なくともその論理構造の差を比較できる状態にしておく必要がある。両者の差を認識することができれば、治療的介入を調整することが可能になるかもしれない。

文脈の維持と論理構造の比較という相反する要求は、利用者の監視のもとで叙述データとモデル化された生活世界をセットで動かすことである程度満たされるだろう。現象のとらえ方には物語様式 (Narrative Mode) と科学－論理様式 (Paradigmatic Mode) の二種類があり、両者は性質が異なるが並立する関係にある [34]。分析過程で異なった段階のデータ様式を用いることによって、多様な角度から分析が行うことができるようになる。

叙述データの分析手法として代表的なものに、グラウンデッド・セオリーによるアプローチがある [59]。これは叙述データに丹念にコーディング (Coding) を施して、帰納的に理論を導く手法である。コーディングとは叙述データを細分化してコード (番号や要約)[*57]を振ってゆく過程のことを指す。コーディングされた概念を比較しながら、細部の状況を抜き取ってゆくことで、データにもとづいた (密着した) 理論が生み出される。

グラウンデッド・セオリーは、グランド・セオリー (大理論) と対比させるためのネー

[*56] 文学や教訓としての価値は失われないだろう。

[*57] 基本概念は記号論のコード (記号論のコードの概念については pp36 を参照のこと) と同じだが、ここでは研究の手続的な作業産物としての意味合いが強い。

ミングである。グランド・セオリーは机上から出発し、演繹によって検証される過程を持つ。社会科学においてグランド・セオリーではデータを強引に検証してしまう危険性をつねにはらんでいる。グラウンデッド・セオリーではデータの密着性を重視し、データから出発して、帰納的に理論を形成する。そのためデータから乖離しないように、理論が出現する (Emergent) までデータ収集を続ける。理論が出現するためにデータが十分蓄積されたことをデータの飽和化と呼ぶが、グレーザー,B はデータの密着性を保持するために、分析の基準を持ち込むことさえ認めていない[*58]。

残念ながらグラウンデッド・セオリーの手法は、そのまま作業療法の現場に持ち込むには大きすぎる。セラピストはデータの飽和化など待っていられないし、叙述データに綿密なコーディングをかける時間もない。このアプローチの手法を簡略化したミニ版グラウンデッド・セオリー・アプローチというのもあるが [60]、やはりこれも研究用で現場で持続可能な手順とはいい難い。

多少の厳密性やデータ密着性を犠牲にしても、リーズニングには簡便な手順が必要である。データの飽和化を待たないことは前節でも確認したが、ここではコーディングの過程もエピソード単位にして、分析基準も設定する。ただし予期しない理論の出現には常に備え、必要なら細かいコーディングの余地を残しておくことにする。この戦略を採用することにより、叙述データから利用者のエピソードを列挙して関連を分析でき、そこに働くレリヴァンスの成り立ちをある程度分析できる[*59]。

コーディングによって叙述データからエピソードの意味をとらえ、その関連性を把握することで、利用者のレリヴァンスを推定する (図 2.17)。この関連性を把握するために各エピソードやその意味を分類して、その関係性を矢印で書き込んでゆき、関連図を作成する[*60](図 2.18)。

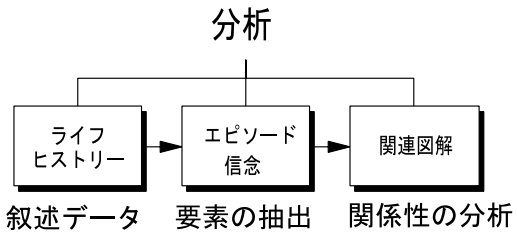
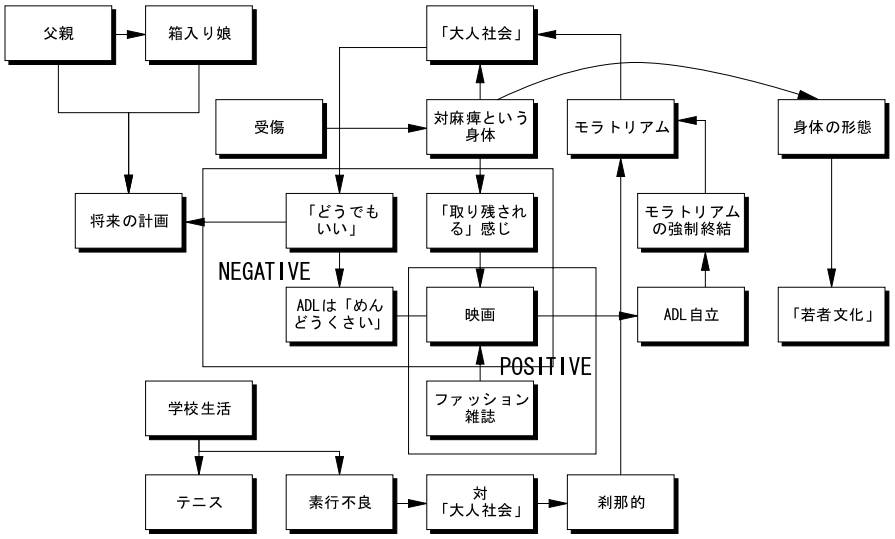


図 2.17　データの種類と流れ

[*58] ストラウス,A の方は基準の持ち込みにやや寛容なようである [60]。

[*59] コーディングからの一貫した分析にはコンピュータソフトを使うのも有効な手段である。商用ソフトでは ATLAS/ti(ⓒScientific Software Development) などの質的研究用ソフト・ウェアが有名だが、日本ではフリーソフトの「野帳」(ⓒ浦嶋憲明/西森年寿/中原淳) やアイデア・プロセッサーが多数ある。

[*60] この関連図の手法は KJ 法の「図解」を参考にしている [61]。正統な KJ 法を行えば、関連図から利用者のレリヴァンスを把握する度合いは高まるかもしれない。ただし KJ 法は時間と場所と分析者のセ



H・Mは高校から「素行不良」となったとされているが、これは思春期にありがちな反抗とカウンター・カルチャーへの帰属ではないか。これは「大人社会」への一時猶予(モラトリアム)とみることができるだろう。受傷は彼女にモラトリアムをやめて「大人社会」へ強制併合をはかっているのかもしれない。父親が「自宅の改造」を言及しているのに対し、彼女自身は「どうでもいい」といっている点からも推測できる。彼女にとって対麻痺身体でのADLは強制的な併合をはかる「大人社会」の象徴のように映るかもしれない。逆に彼女がポジティブな反応を示している「ファッション雑誌」や「映画」などが本来彼女が帰属している象徴かもしれない。だとすれば対麻痺という身体はカウンター・カルチャーからはどのように映るのだろう?　仮に映画というポジティブなモチベーションととらえた場合、それが彼女自身の生活に与える影響はどのようなものだろうか?

図 2.18　表 2.2 の叙述データをもとにした関連図による分析

関連図を描くことによって、生活世界のレリヴァンスが把握しやすくなり、整合性の密度や重みづけが判断しやすくなる (図 2.17)。この段階では生活世界は論理的整合性のもとにある程度モデル化された状態になっている。論理的な説明が容易になり、意図的なイベント・メーキングにも利用しやすくなる。ただし関連図は紙面上は静止しているが、実際のレリヴァンスは常に更新を続けていることを念頭に置かなければならない。

関連図はレリヴァンスの把握のみならず、それ自体で一種のコードであるととらえることができる[*61]。図解はセラピストの理解のためだけでなく、利用者が現状を分節化するために共有される。美しく描かれた図解は利用者とセラピストとの協業のシンボルとして働

ンスが求められる方法なので、現場でセラピストが行うのは困難であろう。また関連図には知識工学における意味ネットワーク (Semantic Network) と呼ばれる概念も参考している。KJ 法との類似点もあるが、意味ネットワークはコンピューター上に入力された情報でネットワークを構成し、ネットワークから推論を引き出す [63]。ただし現在の人工認知による意味ネットワークは現実の現象を十分処理するようにはできていない (現実の現象には十分対応しきれないが、意味ネットワークを扱うソフト (SNePS(©Shapiro/SNeRG)) [62] もある。SNePS はフリー・ソフト (GPL) で「パソコン」程度の環境で利用できる。)

[*61] 記号論の基礎を築いたパースは「図像」というコードの分類を作り、そこにダイアグラム (関連図) を入れている。たとえば曼荼羅には調和や宇宙という概念的意味が付されている [26]。

くだろう。

2.4.3 イベント・メーキングの手法

前節で利用者の生活世界を把握するための、援用した手法は社会科学だったが、イベント・メーキングでは文学理論や演劇理論などを応用する[*62]。セラピストは社会科学の手法によって推定された利用者のレリヴァンスに沿ってイベントを計画する。

セラピストはイベント・メーキングのもととなるレリヴァンスの分析やイベントの計画を利用者と共有する必要がある。これには少ない情報で推定されたレリヴァンスの分析を補完するためのみならず、利用者が現状を分節化するのを促進する狙いがある。分析や計画が専門的知識によるものとして、利用者から遠ざけられてしまったら、現象学的アプローチの効果はほとんど期待できなくなる。ライフヒストリーや図解は利用者と共有されてこそ、その真価を発揮する。イベント上の体験を利用者とともにライフヒストリーや図解にマッピングすることで障害や病気は止揚され、利用者は新たなライフスタイルを開くことができるようになるだろう。

利用者の信念に近い生活世界の中心領域は介入を受け付けず、逆に周辺領域は容易に変化する [47]。言語による論理的な指示では生活世界の中心領域の壁を乗り越えることが難しい。論理的に記述したイベントを体験に変換することで、生活世界への取り込みを容易にする。イベントの計画に際しては生活世界に対する浸透性と類似性を検討すべきである (図 2.19)。生活世界内部と外部の差を認識した場合、利用者はそれを埋めるために環境に対して探索行動 (Exploration) を開始することになる。イベントはこの探索行動を補助するために計画されるが、中心領域と関心の薄い周辺領域の中間を狙うようにする (浸透性)。またイベントの質を利用者のレリヴァンスに近づけることで、探索行動との適合性を高めるようにする (類似性)。

意図的にイベントを立てなくとも、治療セッションは体験を生み出す。それは問題解決や活動遂行の達成かもしれないし、まったく別なものかもしれない。イベントは利用者のレリヴァンスに沿った形で行われるべきであるが、体験に先行して情報の収集や分析を行う必要はない。前節の手法を使えば、利用者とセラピストの双方がイベント・メーキングの進行をかなり意識できるようになる。利用者との間に生まれつつある体験に気づき、その価値をリーズニングに反映させることもある程度可能になるだろう。

イベントの計画を隅々まで行い、その実行を期待するのは不可能だろう。セラピストはイベントの中でどのように行動するかという指示に出会う [24]。イベントは決してセ

[*62] 前節の脚注で意味ネットワークと人工認知についてふれたが、物語生成は知識工学や認知工学などでも研究されている [64]。まだ現実世界への応用は困難だが、人工認知の技術は急速に人文科学に接近しているので、今後有用なツールの出現は期待できるかもしれない。

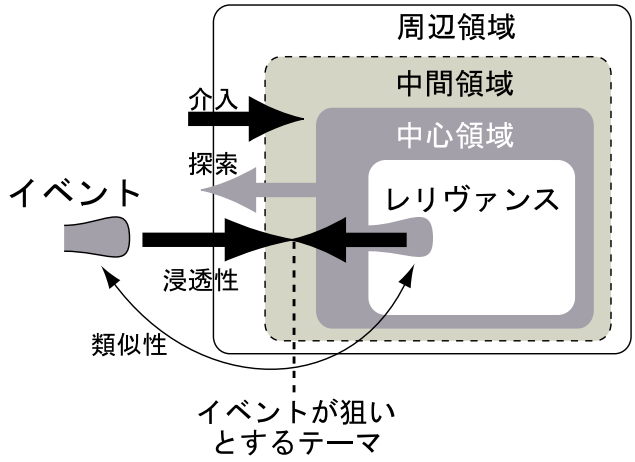


図 2.19　生活世界に対するイベントの浸透性と類似性

ラピストの思い通りにはならない。たいていの場合、計画外の何かが入り込んでくる。その何かは作業療法やリハビリテーションに良い影響をもたらすことも、悪い影響をもたらすこともある。現象学的アプローチでは、機械論的アプローチが前提とするような予定調和を期待すべきではない。イベントの計画ができるのはアウトラインだけで、細部に関しては結局は、それぞれのセラピストの知恵と工夫に頼るしかない。それでもこれらの手法や概念はリーズニングのみならず、サービスの質に直接影響を与えることになるだろう。

作業療法が提供する作業活動はイベント・メーキングというプロセスに非常に有効なことは間違いない。利用者にとって意味のある活動 (Meaningful Activity) は、再生を賭けたリハビリテーションの重要な体験を形成するに違いない。従来は作業活動のこの側面は、医学モデルや機械論的アプローチに無価値として扱われてきた。現象学的アプローチの論理的なリーズニングはその有用性をクローズアップすることになるだろう。

第３章

メタ・リーズニング

症例検討を何例かこなすと、それぞれのセラピストにリーズニング・スタイルが形成され、さらに概念的なセラピスト・モデルともいうべき固有の作業療法モデルへ発展する。ここではそれらの形成を分析し、把握する過程をメタ・リーズニング呼ぶ。

身体障害分野だけに限っても、作業療法のアプローチ範囲は広い。自分がどのようなスタイルや考え方を持っているのかを知っておくことによって、アプローチの幅が広がり、症例検討の質は向上する。また各セラピストがスタイルや考え方を表明しておくことは、利用者の選択を可能にすることになる。

作業療法のフォーマル理論（適応範囲の広い理論）の中には、セラピストに理論やモデルを選択を迫るものがある [65, 66]。既成のモデルを事前に選択することが誤りとはいえないが、自然なやり方とはいえないだろう。セラピストが既成の理論をリーズニングの出発点にしているとは考えにくい。むしろ理論を導き出している過程で、理論やモデルの構成要素を参考にしているととらえる方が自然だろう。

理論家と違って、セラピストにはフォーマル理論を形成する必要がない。自分の現場に適した、小回りの利く理論だけ持てればよい。またメタ・リーズニングは症例検討のように時間的な制限がない。逆にいえば、セラピストを続ける限り、自分の作業療法を築くことをやめるわけにはいかないのである。

3.1　リーズニング・スタイルの分析

すべての利用者について綿密にリーズニングを記述した症例検討を作成するのは不可能だろう。実際には何例かのサンプルを選び出して、症例検討を記述するのが現実的だろう。臨床実習のレポートのようなつもりで、時間をかけて 1〜2 症例作成すればよい。

各症例検討を比較すれば、共通の傾向を読みとることができる。単純にいえば相違する要素が利用者の状況に帰属し、共通する要素がセラピストのスタイルに帰属することになる。ただし比較する対象がないと自分のスタイルを認識することが難しいかもしれない。他のセラピストのスタイルと自分のスタイルを比較分析するための場面を積極的に求めるなら、職場で定期的に症例検討会を持つようにする。それが不可能でも同僚のスタイルを推測するインフォーマルな場面は多い。症例についての連絡や報告、臨床実習での症例検討発表などがそれにあたる[*1]

比較を同職種間で行えば、作業療法のリーズニング・スタイルを認識できるし、異職種間で行えば所属施設内での役割分担を認識することができる (図 3.1)。また他施設のセラピストに比較を求めれば、所属施設が持っている機能を把握することもできる。

このような比較分析はセラピスト間のみならず、理論やモデルとの比較を可能にする。セラピストは現場の状況に合わせて、既成の理論やモデルを援用することもできる。セラピストは理論やモデルの構造と自分のリーズニング・スタイルを比較し、利用できる理論の要素を矛盾のない形で取り込んでゆく。特定の理論やモデルを丸ごと採用することが誤りとはいえないが、理論に合わせるために、状況を強引に作り替えてしまうと、リーズニ

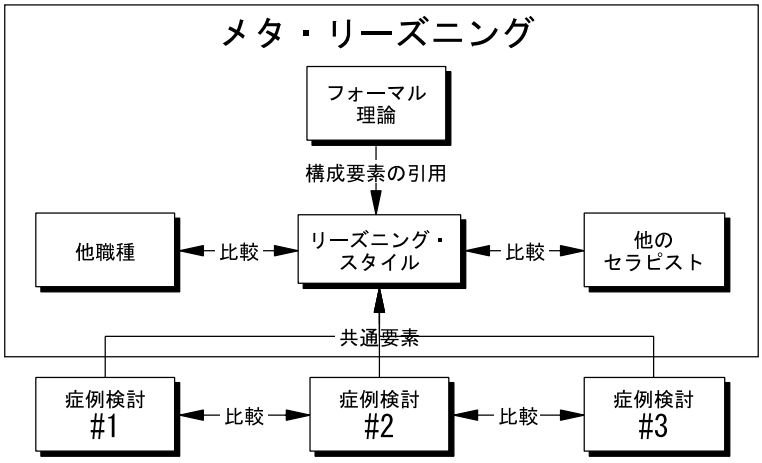


図 3.1　比較によるリーズニング・スタイルの把握

[*1] たいていの場合実習生の症例検討にはケース・バイザーのリーズニング・スタイルが反映される。

ングを周囲に理解してもらうことが難しくなってしまう。

比較分析を意識的に行うことで、自分のスタイルは相対化され、より広い視野を持つことが可能になる。作業療法の範囲の中で、自分がどこに位置するのかを把握することは、セラピストのみならず、リーズニングを通して利用者の利益を高めることになるだろう。

3.2　セラピスト・モデル

リーズニング・スタイルの分析で用いた比較分析は、前節に引用したグラウンデッド・セオリーの手法である [59]。原典の比較分析[*2]は理論を導き出すための方法として紹介されている。理論とリーズニング・スタイルの違いは、理論構造の記述の有無だけである。自分のリーズニング・スタイルとそのメカニズムを記述してゆけば、それはセラピスト・モデルと呼ぶべき理論となる。通常のセラピストにとって、セラピスト・モデルは必ずしも作らなければいけないものではない。リーズニング・スタイルのアウトラインさえ記述しておけば、詳細な記述や知識的裏付けは必要ない[*3]。

セラピスト・モデルは領域密着理論なので、適応できる範囲は限られている。ただしセラピスト・モデルがフォーマル理論に劣るということにはならない。セラピストの限定された活動領域では、むしろセラピスト・モデルの方が有効に働くはずである。

フォーマル理論の側から見ると、セラピスト・モデルは下位に位置づける対象になるが、セラピスト・モデルの側から見ると事情はやや異なる。理論の構成要素の一部が共有され、矛盾なくリーズニングが作動すれば、両者は本来の役割を果していると判断される。セラピストが理論を選択するからといって、その構成要素のすべてを取り込む必要はない。

3.3　リーズニング・マニュアル

セラピスト・モデルというのはリーズニングに働く概念的な要素を記述したもので、それだけでは空論に成りかねない。これをもとに症例検討の手続きを記述したマニュアルを作成しておけば、具体的なサービスの透明性を確保できる。ここでいうマニュアルとは、セラピストが自分のために持つ手順で、柔軟に変更できるテンプレートのようなものであり、セラピストの治療上の裁量を奪うものでも、硬直化した手続を奨励するものでもない。

そもそも利用者の状況に合わせて治療内容が異なるからといって、その質にばらつきが生じるのは好ましいことではない。セラピストは、どの利用者に対しても対価に合わせて

[*2] 原典では「絶えざる比較法」「継続的比較法」として紹介され、これを行うことで領域密着理論からフォーマル理論まで導く。

[*3] 理論研究をするつもりなら、分類や論理構造の細部まで記述しなければならない。

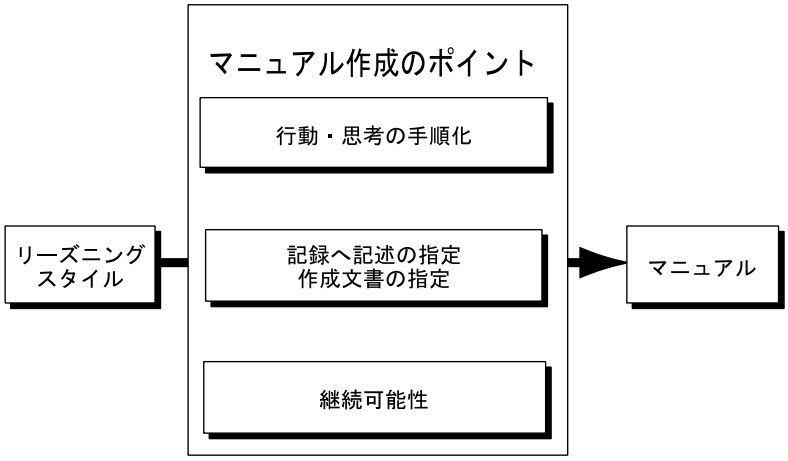


図 3.2　リーズニング・マニュアル作成のポイント

サービスの質を一定に維持しなければならない[*4]。

症例検討手順は自分のリーズニング・スタイルに合わせてリーズニング・マニュアルを作成する[*5](図 3.2)。通常業務用のシンプルなマニュアルの他に、メタ・リーズニング用のものを作成してもよいが、両者の違いは記録する量の違いであって、サービスには質の差があってはならない。利用者や同僚に提示する必要があるならば、必ず前者を提示しなければならない[*6]。

リーズニング・マニュアルには行動や思考の手順を書き出すが、リーズニングの過程で生じる記録内容や文書を定めなければならない。「行っている」という言質だけでは利用者や第三者は納得しない。リーズニングの過程のポイントを定め、それを記録に書き込むようにしておく。さらに必要ならば記録の他に文書の作成を定めておく。原則的に記録も含めてリーズニングのためにまとめた文書は開示しなければならない。

また手順には持続可能性 (Sustainability) も考慮しなければならない。壮大なマニュアルを作成しても、実行しなければ意味がない。実行してみて記述が滞るようなら再考しなければならない[*7]。

[*4] これらの品質管理についての基本的な概念は国際標準規格 ISO9000 に手本にしている [67]。

[*5] 次章からの手順を参考にするとよい。ただしこの手順は複雑なので、業務に合わせて簡略化する必要があるだろう。

[*6] 表面上複雑な手続を提示し、実際にはサービスや記述が伴わないのでは、詐欺と同じ行為と目されてしまう。

[*7] 一概に記述量を減らすことで手順が促進されるとは限らない。記述するポイントを明確にすると、記述は格段に楽になることがある。

第2部
症例検討の手順

PART 2
Sample of Reasoning Procedure

イントロダクション

実践と手順

そもそもマニュアルや手順がすべての状況を網羅し、実践の遂行を保証するものであるならば、そのようなものは作業療法には存在しないだろう。もしそのようなものがあれば、作業療法士は専門職とは呼ばれないはずだ。セラピストが現場で出会う状況は千差万別で、固定化した行動や思考では対処しきれない。ただセラピストの行動や思考が無限の軌道を飛んでいるとも考えにくい。そこには前者とは違った柔軟なマニュアルや手順があるのだろう。

マニュアルや手順を記述しても、それが固定化したものではなく、常に修正されるプロセスの一環に組み込まれているということをまず認識しなければならない。そうでなければ行動や思考がステレオタイプになり、セラピストの選択を誤らせてしまうだろう。マニュアルや手順を記述するのは、利用者や同僚にわかりやすい説明を提供するために行うのであって、セラピストの行動や思考を拘束するためでも、セラピストの責任放棄を助長するためのものでもない。そもそも借りてきたマニュアルや手順を鵜呑みにするようでは、セラピストとして欠格であるといわざるを得ない。

本書ではリーズニングや症例検討の手順を示すが、それらはあくまでサンプルに過ぎない。セラピスト自身が加工するという条件があって、サンプルははじめて実践の役に立つ。

概念－手順－実践の関係

実践は概念を作り、手順を整える。このサイクルの中で、理論家はまず概念から初めて、手順を作り、実践の定式化を試みる。セラピストは利用者との関わり (Engagement) の中から概念を作り上げるかもしれない。前者を試みれば実践に枠をはめてしまうかもしれないし、後者では枠のないところから実践を作り上げなければならない。

実は両者は二者択一ではなく、共存が可能である。セラピストはこのサイクルの中のどこからはじめてもよい (図 3.3)。理論にとらわれずに実践を行いながら、自分の概念を組

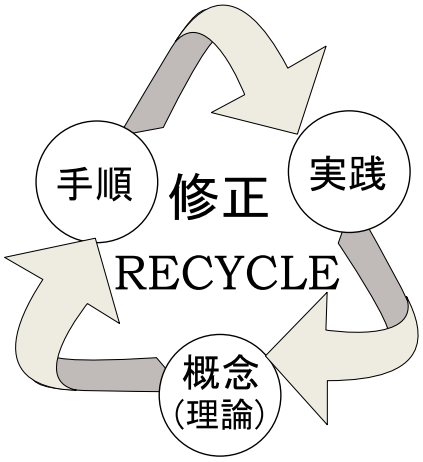


図 3.3　概念－手順－実践のサイクル

み立ててもよいし、理論からはじめて、実践を行ってもよい。手順からはじめて実践を導き、概念に到達することも可能だろう。

セラピストは概念－手順－実践のどこからはじめてもよいが、それらの要素が常に修正を受けるプロセスの一環であることを認識しなければならない。既成のものであっても、自前のものであっても、実践に合わない理論やモデルは役に立たない。逆にいかに利用者との関わりが大切であっても、その過程を説明する記述を持たなければ、誰も納得はしないだろう。概念はセラピストが実践に合わせて修正すべきものだし[*8]、実践は整合性のある概念を常に必要としている。理論や手順を絶対視してはならないし、説明のない実践至上主義も感心できるものではない。

セラピストは利用者との関わりの中で、どう行動すべきかを決定する。ただしそれは概念－手順－実践のサイクルの中でのことである。このサイクルをはじめる場合や、変更を加える場合には、むしろ手順からはじめた方が、セラピストが戸惑うことも少ないし、次のステップに進む結果が得やすいかもしれない。ただし手順が実践や概念に従って変更されるべきものであることを認識しなければ、セラピストの行動や思考はすぐに現実に対応できなくなってしまうだろう。

セラピストの成長と理論的な気づき

たとえ理論－手順－実践のサイクルを認めたとしても、理論家は安直な手順より、現実を正確に記述できる論理的な構造が必要だと主張するだろう。人間作業モデルがとる戦略のように、現実に対応できるだけの理論的構造を持った上で、治療介入の原則を示し、セ

[*8] 理論の記述を修正するのは理論家だが、理論自体を実践に合わせて修正するのはセラピスト自身である。

ラピストの理論的な気づきをうながす立場をとるというのは正論だろう [24]。ただし主義主張は別として、これらの理論はセラピストがその構造を取り込む力量を前提としている。仮にその力量が不足のしているなら、セラピストは理論は拒まれているように感じるかもしれない。

それらの理論的立場を認めつつも、本書ではセラピストが手順から実践を繰り返すことで、理論的な気づきはうながされ、やがてそれらの理論的構造を理解できるという立場をとる。作業療法から人間という要因を引き抜くことができない以上、セラピストの技術的および理論的成長は実践の中でうながされる。たとえ最初は手順から入ったとしても、理論と実践のサイクルの中にセラピストが取り込まれれば、セラピストは実践を通して成長してゆくに違いない。もしセラピストたちがとる理論や手順を理論家に伝えることができるなら、理論家もさらなる成長が可能になるだろう。

本書ではリーズニングを放棄するようなセラピストを除外すれば、力量の不足を理由にセラピストが理論から隔離されることがあってはならないということを前提としている。手順はセラピストとっては理論的リテラシー (読み書きの能力) への手引きとなり、理論家にはセラピストのリーズニングをサンプリングするプロトコルの一部として働くことになるだろう。

リーズニングと症例検討

リーズニングは症例検討の一部として位置づけられるが、症例検討全体の流れからリーズニングだけを分離することはできない。どのような意図で評価を行ったかということは、結果の説明から切り離して考えることは不可能である。リーズニングを手順化するということは、症例検討の全過程を手順化することにほかならない。

本書でも症例検討の全過程を手順化してある。これらの手順はマニュアルでいうと、メタ・リーズニングや臨床実習を行うためのフル・バージョンになる。セラピストが日常業務に持ち込むには、ここで示した手順は大きすぎるだろう。日常業務にはもっと簡略化したショート・バージョンを作成しておくとよいだろう。

これらの手順は概念－手順－実践のサイクルに入る際のサンプルに過ぎないことを再度確認しておく。実践を通して手順を変更し、リーズニング、メタ・リーズニングを通して概念ができあがったら、さらに変更を加えて、自分の手順を作成しなければならない。ただしメタ・リーズニングの手順の作成については除外してもよいだろう。メタ・リーズニングを行う頻度は年に 1 回か 2 回程度で、独自のマニュアルが絶対に必要だとはいい切れない。理論家ならサンプリング・プロトコルとして、メタ・リーズニングの手順を記述する必要があるが、セラピストは本書の手順を参照すれば十分である。

第 4 章

機械論的アプローチの手順

機械論的アプローチは基本的に医学モデルにもとづいて展開する。医学的にみた機能や動作の状態と予後を予測し、それに従って可能な生活像を仮定して、その実現を目標に治療的介入を行う。

利用者の機能と能力は細分化して評価され、それらを統合することによって、セラピストは利用者の全体像 (Grobal Perspective) を把握する。全体像をもとに将来像を実現するための問題点を抽出する。この段階で一旦統合された要素は、再び細分化された状態でその関連が分析される。

問題点の抽出までが評価となり、それをもとにセラピストは 治療計画を立案する。抽出した問題点が将来像に至る過程のどこに位置するのかを確認し、問題解決の目標とその基準を設定する。その上で問題点を解決する具体的な治療プログラムを計画し実施する。

実際の現場では評価結果と問題点、治療プログラムだけが記述されることが多いが、それだけの記述ではリーズニングにはならない。評価結果から問題点、問題解決としての一連の流れの記述が要求される。

本書での機械的アプローチの手順と特徴

ここで紹介する機械的アプローチの手順は、症例検討の流れを説明しやすく記述したものである。臨床実習での症例検討の手続きを基礎にしているので、キャリアのあるセラピストにはやや冗長に思えるかもしれない。しかしキャリアのあるセラピストといえど、サービスの手順を時間をかけて点検することは必要である。年に 1〜2 度、時間をかけて症例検討を作ることは、セラピストがリーズニングの能力を維持するために欠かせない義務でもある。

この手順では全体の過程を 4 つの LEVEL に分け、さらに各 LEVEL を STEP に区切って、具体的な行動や思考の指針が示してある (図 4.1)。手順には変更が加えられてしかるべきであるが、単に時間がとれないという安直な理由で手順をショートカットすると、リーズニング能力の向上やサービスの自己点検にはつながらなくなってしまうだろう。

■障害の分類　この手順は ICF の分類概念を基礎にしている。活動制限 (Activity Limitation) と参加制限 (Participation Restriction) は同時に考察する。個人因子 (Personal Factors) に合わせて作業活動の構成が決定した作業活動を活動レベルとし、特定された環境因子 (Environmental Factors) を加味した上での遂行を参加レベルと位置づけている (ICF の分

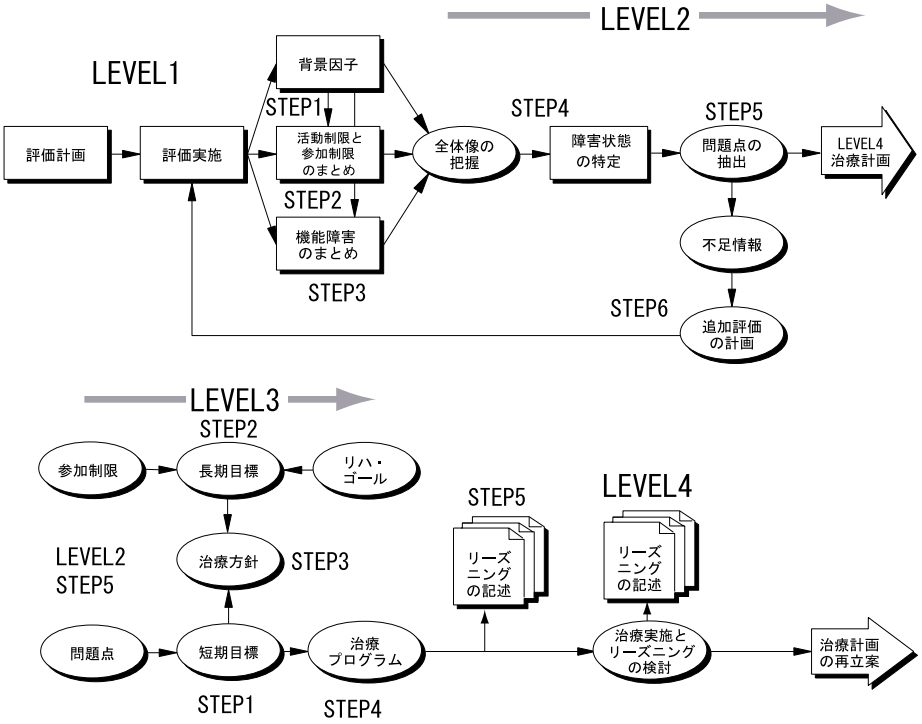


図 4.1　本書での機械論的アプローチの流れ

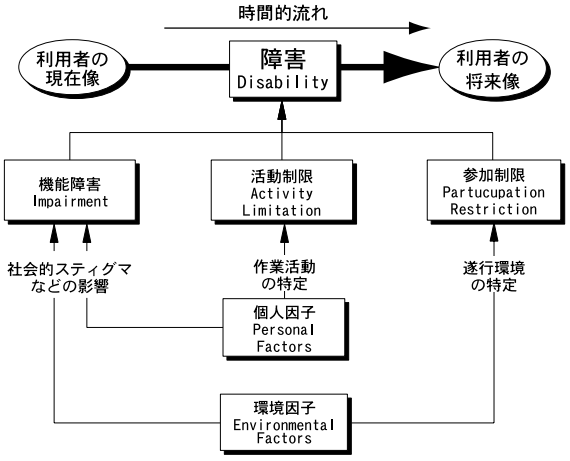


図 4.2　各障害分類のとらえ方と関係

類とその利用については pp21 を参照のこと)。介入は参加－遂行レベルの作業活動を主とするが、その他の場合においても、参加・活動×能力・遂行のマトリクスのどのレベルを扱っているかをセラピストは意識しなければならない。さらにすべての分類の障害状態を統合した概念を「障害 (Disability)」[*1]とし、現在像から将来像へ移行するための障壁として扱う[*2](図 4.2)。

■全体像　ここでいう全体像とは、利用者の現在像と将来像を合わせたものととらえている。「全体像」という言葉はリーズニングに頻繁に登場するが、定義が曖昧でリーズニングにどのように作用するか不明になる場合が多い。全体像が予後予測も含めた利用者の状態を記述するものであることを確認することによって、リーズニングにおける位置づけが明確になり、基底還元要素の流れも捉えやすくなる。本来ならば全体像には利用者の過去を加味しなければならないが、機械論的アプローチでは意味などを扱うことが困難なため、その部分は主に現象学的アプローチで扱うことにする。

全体像はセラピストが評価によって、セラピストの内部に作り上げた利用者像であり、利用者をモデル化したものととらえることができる (図 4.3)。ただし全体像が利用者のすべてを反映しているとはいえない。評価過程の処理によって、モデル化された利用者像には欠落や歪みが生じているはずである。治療過程でこの欠落や歪みを補ってゆくことになるが、セラピストは利用者そのものではなく、治療のために構築された単なるモデルだと

[*1] ICIDH では “Disability” は能力障害の概念だったので混乱するかもしれないが、概念を明確にするために結局 ICF の分類名称に従うことにした。この点についての議論は pp21 の脚注を参照のこと。

[*2] この状態では社会参加という本来の概念を十分表現していないという批判がでるかもしれない。この批判に応えるためも ICF のさらなる改訂が望まれるだろう。ただし機械論的アプローチの基礎となる医学モデルは「正常」という基準を引いて問題を扱うので、社会参加という概念を扱うことが困難なことは変わらないだろう。

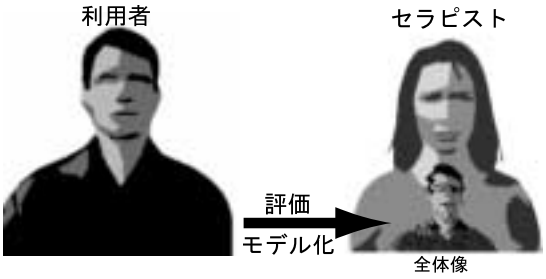


図 4.3　セラピスト内にモデル化された利用者としての全体像

いう認識を持たねばならない。

■目標設定と治療方針　この手順では問題点から短期目標 (STG) を、将来像から長期目標 (LTG) をそれぞれ設定し、その間の方向性を治療方針で示すという手法をとっている (図 4.4)。通常は治療方針→長期目標設定→短期目標設定の順に提示されることが多いので、異論もあるかと思うが、三者間の論理関係を見ればこれでも整合性は維持できる[*3]。また評価と密着しているので、無理な目標設定や方針設定を行わない分だけ、現実的であるともいえる。

■機械論的アプローチと背景因子　機械論的アプローチでは機能や動作を主に扱うが、利用者の個人的状況を考慮しなくてもよいということにはならない。医学的診断、機能や動作などは利用者の文脈の中に入ってこそ、その意味が分かる。利用者の状況を無視した機能改善や能力向上は生活の改善には結びつかない。手順の中では利用者の個人的状況を背景因子として分析過程に取り上げている。それでも機械論的アプローチでは背景因子のなかの環境因子にやや比重の方が置かれるのはやむを得ないかもしれない。

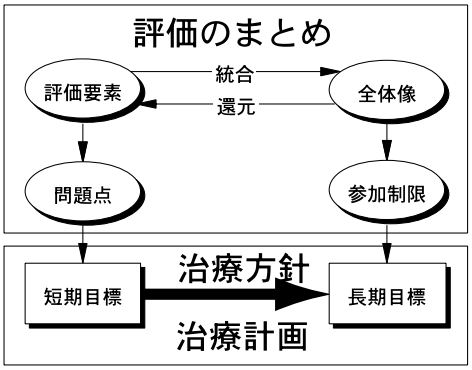


図 4.4　治療方針と目標設定

[*3] 記述の際に三者を並べかえればよい。

文化や意味などは 文脈から切り離されると、意味を失う性質があるので、還元論的な分析には不向きであることを否定できない。それらの部分については主に現象学的アプローチで扱うことになるが、 機械論的アプローチと現象学的アプローチが分離するようでは、治療を効果的に行うことはできないだろう。現象学的なリーズニングの結果は個人因子として機械論的アプローチに反映させなければならないし、機械論的アプローチが持つ現象学的な側面にも十分配慮しなければならない。

この手順では背景因子に作業活動を挿入し、機能障害や活動制限に先だって分析しているが、参加制限を除けば機能障害や活動制限の分析からはじめても問題はない。この手順で背景因子から分析をはじめるのは、トップダウン・アプローチを念頭に置いているためである。本書ではボトムアップ・アプローチを推奨する立場をとらないが、ボトムアップ・アプローチをこの手順で行っても、大きな問題は生じないだろう。

■クライエント中心主義と治療契約　この手順にはカナダ作業遂行モデルが提唱するクライエント中心主義の手続を治療契約[*4]という形で取り入れている [23, 65]。

カナダ作業遂行モデルは典型的なトップ・ダウンアプローチであり、サービス開始の時点で利用者の問題点は特定されており、この手順のような問題点の抽出過程を必要としない。これは作業療法サービスが展開される環境が医療中心ではないというカナダの国情があってこそ可能なものである。作業療法サービスの中心が医療である日本ではこのモデルを完全にトレースすることは困難である。また利用者中心主義というのは単なる理念上の問題ではなく、利用者の消費者としての権利を擁護するために、厳格な手続きを要求する[*5]。

この手順では日本の状況で運用可能なように手続きには幅を持たせてあるが、それでもセラピストにとっては「厳し過ぎる正論」に映るかもしれない。倫理においても理論と同様に、手続がいかに正論であっても、現実に則さなければ意味をなさない。倫理を逸脱し、リーズニングを省みないセラピストならともかく、真面目に取り組もうとするセラピストを萎縮させるのは本書の目的に反する。ただし手順がセラピストによって変更されるべきものであるとするならば、テンプレートはある程度厳密であってもよいと判断した。セラピストが必要と感じるなら、現実に即して変更すればよい。

[*4] 治療契約という言葉は邦書の草分けである「精神科作業療法の手引」から引用した [68]。その著者の松井は「あのような堅い本」を書いたのは、時代がそれを要求したからだと述懐したことがある。社会保険財政が危機的な状態の現在、時代はその「堅さ」を要求しなくなったと言えるだろうか? 「精神科作業療法の手引」は未だに絶版にはなっていない。

[*5] カナダ作業遂行モデルの特徴はクライエント中心主義という理念ではなく、その理念を実現するための厳格な手続きにあるといっても過言ではない。その点を理解せずにカナダ作業遂行測定のような評価法だけを利用しても、サービスの内容は改善しない。カナダ作業遂行モデルの驚異的な点はその内容もさることながら、その理念を実現するだけの状況をカナダのセラピストたちが作り上げたという点にある。

■遂行評価レビュー技法 (PERT) の応用　本書では目標設定や各分野との連携、治療的介入に簡略化した遂行評価レビュー技法 (PERT) を利用している (PERT の説明は pp25 を参照のこと)。ここではアロー型の PERT ネットワークを採用し、各工程の所要時間は書き込まない (pp25 の図 1.18 を参照のこと)。ここで PERT を利用する目的は、工程の短縮 (クリティカル・パスの発見や分散) ではなく、順序と役割分担の明確化にある。

PERT は慣れないと戸惑うが、慣れれば円定規 1 本で 10 分程度で描けるようになる。コンピュータ・ソフトを使えば作成も修正もさらに容易になる[*6]。ノードの数は 10〜20 程度にして、あまり複雑なネットワークは描くべきではない。ネットワークは仮の姿でしかないので、いつでも放棄できるようにシンプルにしておいた方がよい。複雑化したネットワークに固執して、現実を無視しては意味がない。人間の営みは機械を作るようなわけにはいかないのである。

[*6] 商用ソフトのインスピレーション (©スリースカンパニー) やフリーソフト iEdit(©Kondoh Masahiro(MH)) など

LEVEL1　評価の計画と実施

リーズニングは評価データや治療効果の解釈だけではなく、評価の計画においても強い影響がある。ここでは評価の手順を追いながら、その内部のメカニズムについて解説する。

STEP1　評価方法の選択と設定

評価方法の選択と設定に先立って、セラピストが通常行う治療構造 (治療理念、治療手技、リーズニング・スタイルなどを含む論理的構造) を把握し、利用可能な評価方法のリストを作成しておく。利用者の医学的情報と背景因子の概略を把握し、医学的情報から一般的臨床像を、背景因子の概略から一般的生活像を推測する。一般的な臨床像と生活像から、問題構造 (問題関係の論理的構造) を推測する。推測した問題構造とセラピストの治療構造を比較し、治療内容を推測する。推測した治療に必要な情報に、評価方法のリストの中から選択する。各評価方法にスクリーニングを追加し、実施上の注意事項を設定する。

評価方法の選択と設定の手順 (図 4.5)

1. セラピストが通常行う治療構造を確認しておく。
2. セラピストが利用可能な評価方法のリストを作成しておく。
3. 利用者の医学的情報を把握し、一般的な臨床像を推測する。
4. 利用者の背景因子の概略を把握し、一般的な生活像を推測する。
5. 一般的な臨床像や生活像から利用者の問題構造を推測する。
6. 利用者の問題構造とセラピストの治療構造を比較して、治療内容を推測する。
7. 治療に必要な情報に合った評価方法を、評価方法のリストの中から選択する。
8. 各評価方法にスクリーニングを追加する。
9. 評価方法を実施する際の注意事項を設定する。

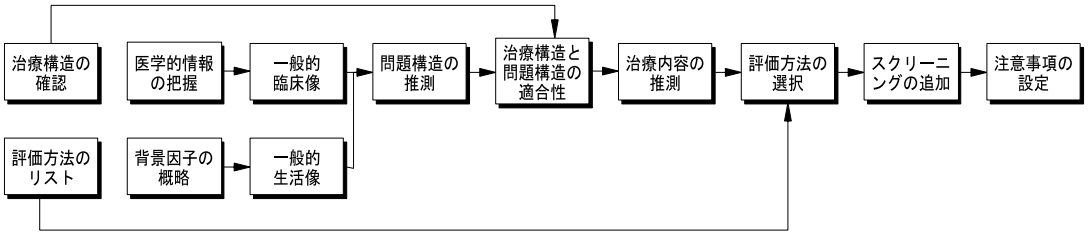


図 4.5　評価方法の選択と設定の手順

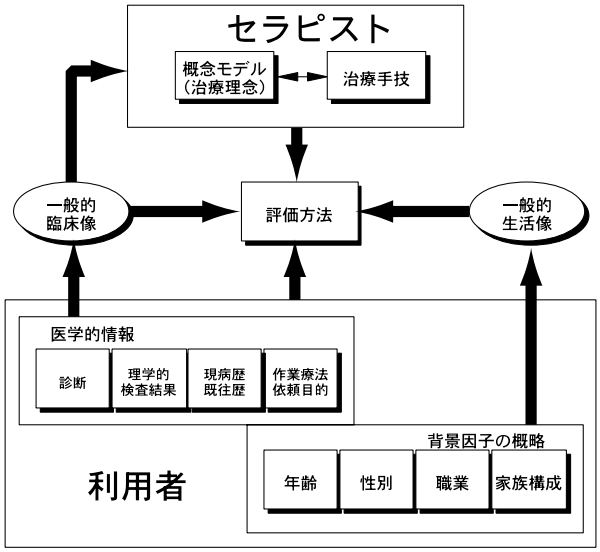


図 4.6　評価方法選択のメカニズム

■解説　通常のサービスの中で評価方法の選択に迷うセラピストは少ないだろう。ただし評価に関する思考や行動は何のプロセスも経ずに突然出現するわけではない。評価についての決定は利用者の情報だけではなく、セラピストが有している治療スタイルとの相互関係でなされる (図 4.6)。インテークに際してセラピストが利用者と白紙で対面することはありえない。治療の可能性を最大限にしておくことがいくら理想的でも、これを否定すると抜け出ることのできないパラドックスに陥ることになる。治療の可能性を狭めないためには、慎重にリーズニングを検討すること以外に方法がない。

セラピストの思考は治療構造をもとにしたフィード・フォワードによって作動している。自分の治療構造と利用者のニーズが一致するかを検討することを、評価に先行して行わなければならない。またセラピストは無限の評価方法を利用できるわけではない。さまざまな利用者に対応できるように、セラピストは常に評価方法の収集や開発を行う必要がある。セラピストが開発する評価方法は、量的に標準化された検査ばかりではない。単純で工程の少ない特定のクラフトで、利用者の能力や機能を評価するセラピストは多い。このような評価方法もそれぞれのセラピストの治療構造を基盤にしている。

評価方法は治療に対する目的を持って選択されるべきである。不必要な検査を避けることで、利用者、セラピスト双方の負担を減らすことができる。このため各検査には可能な限り、スクリーニングを設定しておくべきである。スクリーニングの運用の実際については STEP2 で解説する。

評価方法の選択は評価データの妥当性、設定は信頼性に関係している (図 4.7)。姿勢や肢位などの設定条件を統一しないと、再評価のデータと比較ができなくなってしまうこと

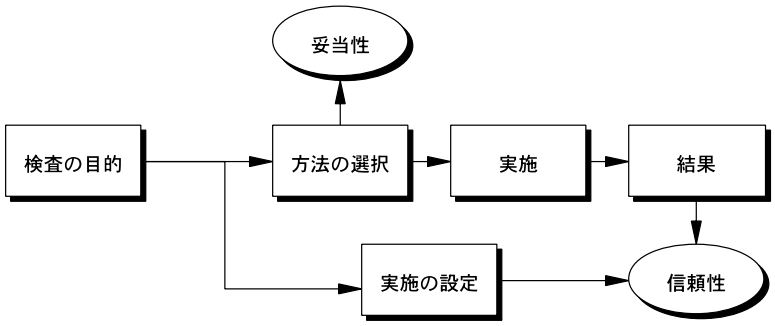


図 4.7　評価方法の選択・設定と評価データの妥当性・信頼性

になる。設定条件は記録等に可能な限り残すべきである。データはリーズニングの根拠となるので、リーズニングは評価方法の選択と設定に依存しているといっても過言ではない。

STEP1　評価の実施

まず評価に先だって、利用者に評価全体のオリエンテーションを行う。さらに各検査・測定・観察ごとにもオリエンテーションを行う (図 4.8)。スクリーニングを行って、実施の必要がない場合はスキップして次の検査等に進む (図 4.9)。検査等を実施して記録をとり、その結果を利用者に説明する。可能ならば利用者の前で説明を行いながら記録を書く。検査等が終了し、評価セッションが終了してから、結果を実施済みの結果と比較して整合性を確認し、さらに実施予定の検査等の結果を推測する (図 4.10)。さらに検査等の目的以外で気づいた点を記録しておく。

評価実施の手順

1. 利用者に評価のオリエンテーションを行う。
2. 検査・測定・観察ごとにオリエンテーションを行う。
3. 検査・測定・観察に先立ってスクリーニングを実施する。
4. 検査・測定・観察を実施して記録をる。
5. 検査・測定・観察ごとに、その結果を利用者に説明する。
6. 検査・測定・観察の結果を実施済みの結果と比較して整合性を確認する。
7. 検査・測定・観察の結果から実施予定の検査等の結果を推測する。
8. 検査・測定・観察の目的以外で気づいた点を記録する。

■解説　検査・測定・観察のオリエンテーションを怠るセラピストはいないだろう。ただし残念ながら評価全体のオリエンテーションと検査等の結果の説明は省かれてしまうこと

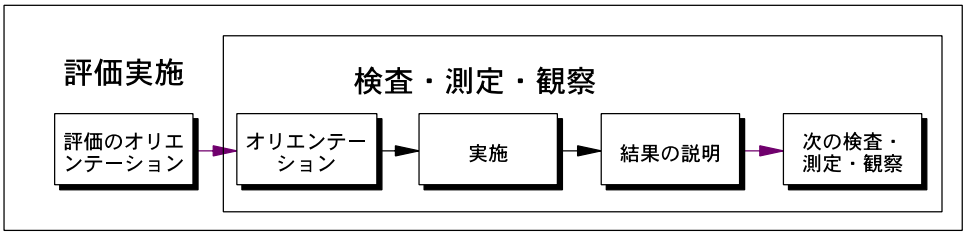


図 4.8　評価と検査等のオリエンテーション

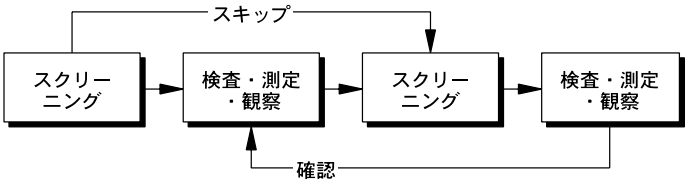


図 4.9　検査等のスクリーニング

が多い。利用者に作業療法評価の目的を理解してもらうには、計画段階でセラピストが自分の治療構造を熟知している必要がある。またオリエンテーションと結果の説明は一体のものであるから、セラピストには利用者に理解できるように結果を説明する義務がある (図 4.8)。結果の説明を省くことができるのは、その結果を利用者が理解することで、利用者の不利益になる場合だけである。

検査・測定・観察に先立つスクリーニングは、利用者・セラピスト等の検査等にかかる負担を軽減する。スクリーニングにもとづいて実施が不必要と判断すれば、検査等をスキップして次の検査に進む (図 4.9)。スキップした検査等については、別の機会に疑問が生じたときに適宜実施する。また他部門で同じ検査等が行われていることをセラピストが知っており[*7]、検査等の実施が不必要と判断される場合も同様の手順となる。

検査・測定・観察に関わる記録は、可能な限り利用者の前で行うようにする。セッション後に要する記録の時間を短縮できるし、利用者への結果説明も怠らなくなる。セッション後は結果そのものよりも、結果を考察することに時間をとるべきである。セッション中に得たデータと、実施済みの検査等の結果を比較して、整合性を確認する。さらに実施予定の検査結果を予測すれば、次の検査のスクリーニングが容易になる。記録は検査等の目的に関わるデータだけでなく、それ以外の点についても記録しておくべきである。実際セラピストは検査等の実施中、その検査等の目的以外のことに主に気を配っている[*8]。検査目的以外の記録は往々にして、評価や治療を促進し、リーズニングに大きな影響を与える

[*7] ただし他部門の結果には、他職種の視点で解釈されているので、注意を要する場合が多い。

[*8] セラピストの検査等の行動はパターン化されているので、それほど注意を払わないでも検査等の遂行が可能である。

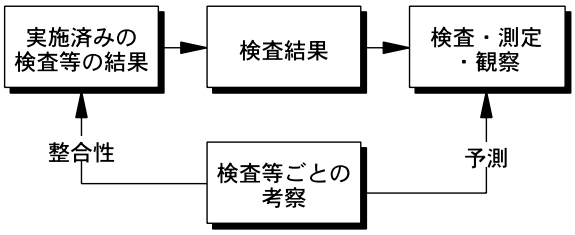


図 4.10　検査・測定・観察ごとの考察

ことがある。

綿密な測定や記述をもってしても、データにはすべてが残らない。作業療法の評価において重用なのは「測ること」や「書くこと」ではなく、実は「感じること」である。セラピストの五感を通して利用者の一部は歪み、データに記述することによって、利用者像はさらに歪むことは否定できない。しかしそれを行わずにはリーズニングはあり得ないし、ひいてはサービス自体が成り立たないことも事実である。

LEVEL2　評価のまとめ

評価はデータ収集だけを指す概念ではなく、データの分析を含んだ過程である。収集されたデータは段階的に統合されて利用者の全体像を形成する。得られた全体像をもとにして、データ間の関連性を洗い直し、利用者の抱える問題点を抽出し、治療計画につなげることになる (図 4.11)。

STEP1　背景因子のまとめ

利用者の現在の作業活動 (日常生活活動・生産的活動・あそび／趣味) の構成を把握し、それらが展開される環境を特定する (図 4.12)。ここでは個人的・社会的ニードによって選択される作業活動の構成と必要性を考察し、具体的な内容については活動制限の項目でまとめるようにする。これらの構成に問題がある活動に機能障害や活動制限が与える影響について推定する。機能障害と活動制限のまとめが先行している場合には、作業活動遂行上問題となる機能障害と活動障害を特定する。

同様にして将来可能性のある作業活動の構成と環境を特定し、機能障害と活動障害の影響を推定する。機能障害と活動制限のまとめが先行している場合には、それらの予後予測をもとに作業活動の構成を再度構成してみる。

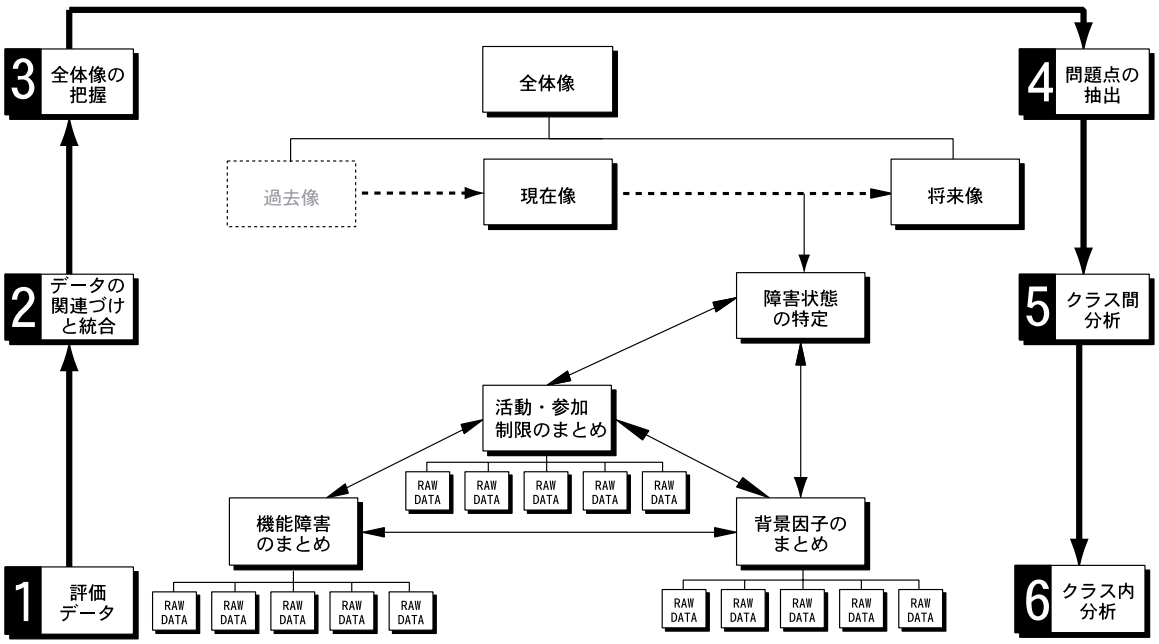


図 4.11　評価のまとめの概略

背景因子のまとめの手順

1. 利用者の現在の作業活動の構成を把握する。
2. 利用者の現在の作業活動が展開される環境を特定する。
3. 現在の作業活動の問題に影響する機能障害と活動制限を推定 (特定) する。
4. 利用者の将来必要とされる作業活動の構成を推定する。
5. 利用者の将来必要とされる作業活動が展開される環境を特定する。
6. 将来の作業活動の問題に影響する機能障害と活動制限を推定する。

■解説　背景因子に含まれる個人因子は利用者の意志だけでなく、個人的な状況全体を指すものであり、ニードと密接に関係している。作業療法に対するニードは作業遂行に関するものなので、ここでは個人的・社会的ニードによる作業活動の構成を個人因子に組み込んである。作業活動に結びつけることで、リーズニングを明快にする目的だが、場合によっては活動制限の内容と重複する可能性も高い。役割や習慣などの下位の要素に絞って考察する方法もあるが[*9]、背景因子が必要とされる機能や活動を特定できるような方法にしておくことが望ましいだろう[*10]。セラピストの介入を必要とする作業活動を特定にすれば、アプローチやリーズニングが簡潔で明瞭になる。

環境因子として、それらの作業活動が展開する環境を特定する。場合によっては環境が病院の中であることもあり得る。環境因子には物理的環境だけでなく、社会的環境を含

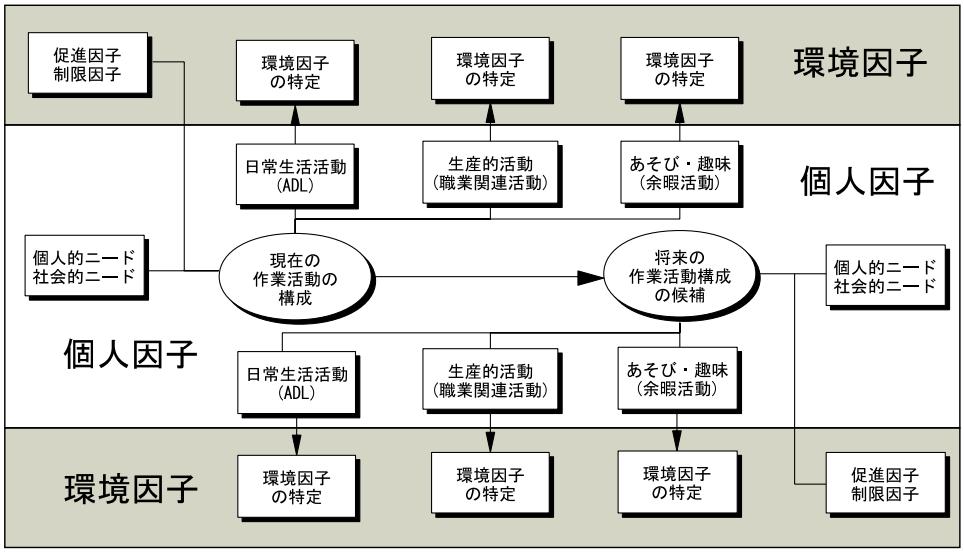


図 4.12　背景因子としての作業活動の構成

[*9] 人間作業モデルの意志のサブシステムなどを組み込んでみてもよい [24]。
[*10] 自立という基準で、日常生活活動 (ADL) を一律に利用者に強いるのは不合理である。

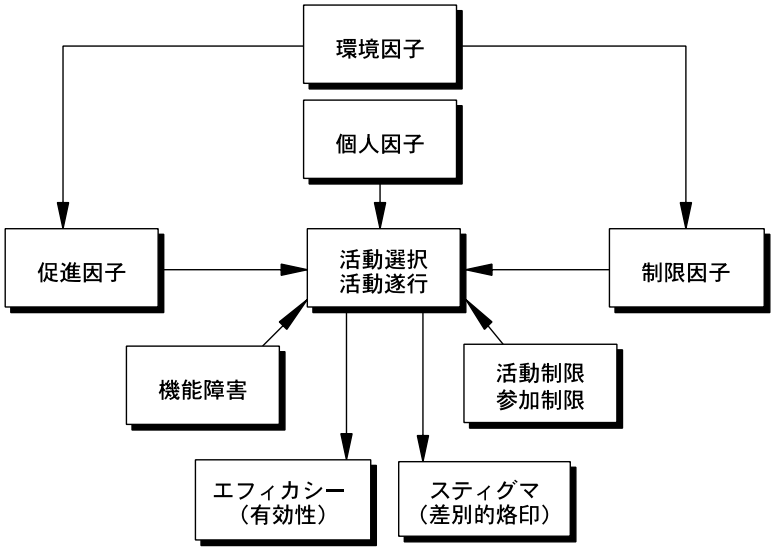


図 4.13　作業活動の遂行と背景因子

むので、病院や施設のケア・システムについても十分把握しておく必要があるだろう。機能障害や活動制限とともに環境因子が作業活動遂行の制限因子や促進因子として働く[*11]。それらの要素で成立する作業遂行の結果が有効性 (Efficacy) やスティグマ (Stigma) などを個人の内外に生み出すことになる[*12](図 4.13)。

利用者の状態や環境は時間的に変化するので、現在の作業活動だけでなく、将来的に必要とされる作業活動の構成も推定しておくことが望ましい。機能障害や活動制限の予後が不明な場合でも、作業活動の構成の概略を推定しておくことが望ましい。ただし現在の作業活動を無視して、将来必要となる作業活動や環境にのみ焦点を当てることは不可能である。現在と将来の連続性を考慮し、共通する作業活動に焦点をあてるべきである (pp83 の「活動制限と参加制限のまとめ」の解説を参照のこと)。

STEP2　機能障害のまとめ

機能障害のまとめに先だって評価データを整理する分類と、関連づける基準を作成しておく (図 4.14)。利用者の診断にもとづいて一般的臨床像の症状・病因・予後を文献等で確認する。利用者の臨床像と一般的臨床像を比較し、類似点と相違点を確認し、利用者の予後を予測する (図 4.15)。評価データを分類に従って整理し、基準に従って関連づける (図

[*11] 機能障害や活動制限は多くの場合、制限因子として働くが、まれに促進因子としての働きをする場合もある。

[*12] スティグマとは社会学者の Goffman,E の概念で、社会が逸脱者に張る「レッテル」のことを指す [69]。有効性は人間作業モデルに使用されている概念から引用した [24]。ちなみに有効性とスティグマは例としてを引用しただけで、この二つの概念は対置概念ではないので注意していただきたい。

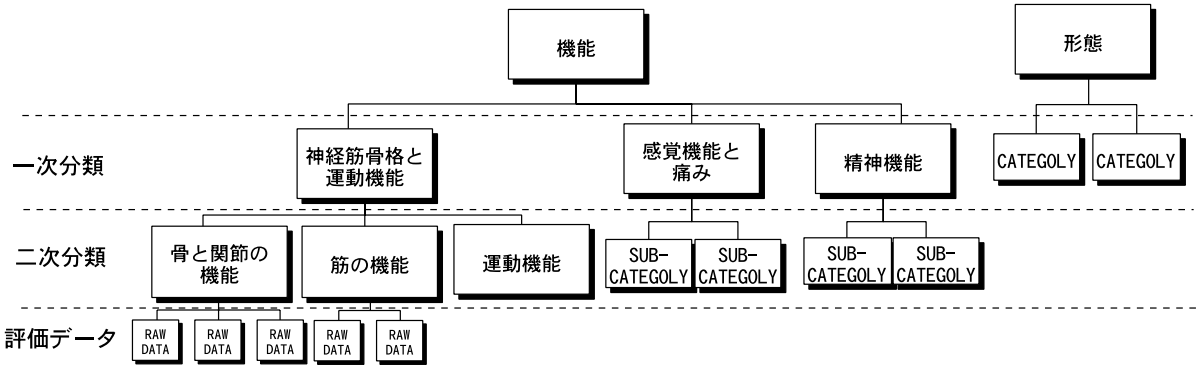


図 4.14　機能障害の分類例

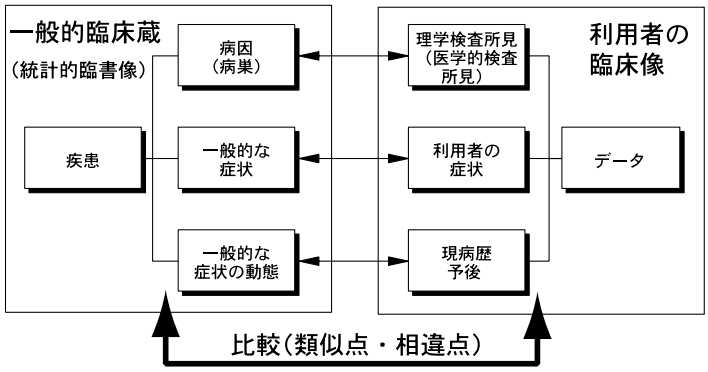


図 4.15　一般的臨床像との比較

4.16)。関連づけた機能と活動遂行の評価データとの整合性を確認し、さらに予後から予測した機能から活動遂行を予測する (図 4.17)。

機能障害のまとめの手順

1. 評価データを整理する分類を作成しておく。
2. 評価データを関連づける基準を作成しておく。
3. 診断にもとづいて一般的臨床像 (症状・病因・予後) を確認する。
4. 利用者の臨床像と一般的臨床像を比較し、類似点と相違点を確認する。
5. 一般的臨床像から、利用者の予後を予測する。
6. 評価データを分類に従って整理する。
7. 関連づけの基準に従って評価データを関連づける。
8. 関連づけた機能と活動遂行の評価データとの整合性を確認する。
9. 予後から予測した機能から活動遂行を予測する。

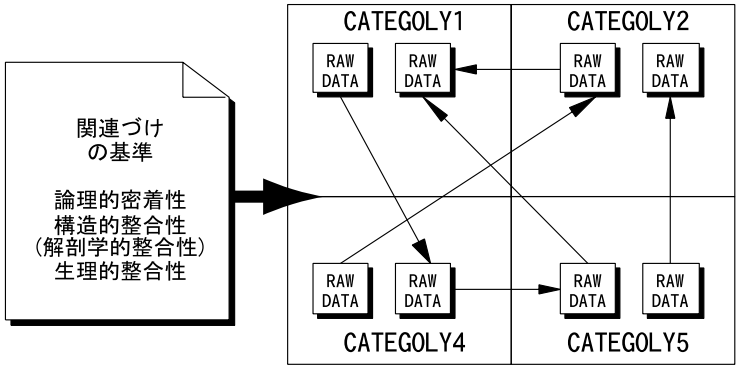


図 4.16　評価データの関連づけ

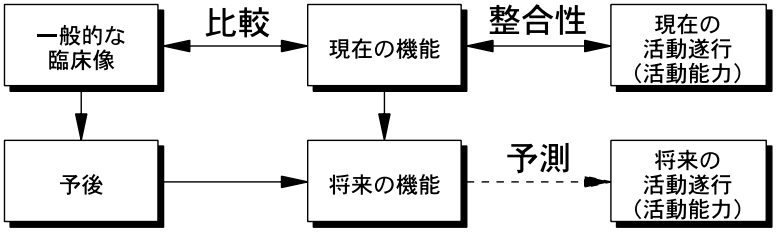


図 4.17　機能の予後予測と活動遂行との整合性

■解説　評価データをどのように分類し、どのように関連づけるかはセラピストのリーズニング・スタイルに依存している。セラピストは評価データの分析に先だって、分類と関連づけの基準を確認しておく必要がある (図 4.14)。もしセラピストがボトムアップ・アプローチを採用するなら、分類の幅は広くなり、逆にトップダウン・アプローチを採用しているなら、分類は利用者のニードに合っていなければならない。分類は他のモデルの分類を援用してよいが、複数のモデルから援用する場合には整合性が維持できるように配慮しておく。関連づけの基準も他のモデルから援用してもよいが、少なくとも次の点については基準を満たす必要がある。

- 論理的密着性
- 構造的整合性 (解剖学的整合性)
- 生理学的整合性 (病理学的整合性を含む)

論理的密着性というのは、一般的に理解できる程度にデータ間のつながりを保持していることを指す。複雑なモデルを採用する場合、モデルがその内部に持つ関連性がリーズニングから省かれてしまい、関連づけに論理的跳躍が起こることがある (図 4.18)。これはセラピストがモデル内部の関連性を自明視していたり、モデルの内部構造を十分理解しないで援用する際に生じやすい。複雑なモデルを一般的な論理規則で記述し直すことは、モデ

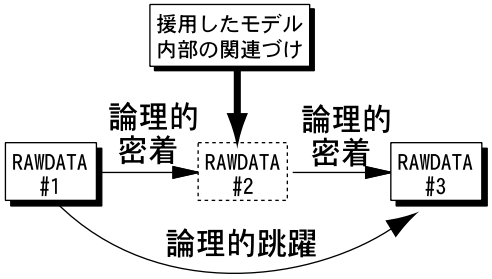


図 4.18　論路的密着性と論理的跳躍

ルを援用するセラピストの義務となる。

一般的臨床像というのは統計的に作り上げられたものであって、利用者の臨床像に完全に合致することはない。個別の症例であっても、利用者の臨床像に類似しているだけであって、それらが持つ症状やデータを利用者に直接持ち込むことはできない。それらの臨床像と利用者の臨床像を比較して、類似点と相違点を確かめた上で、予後の予測を行う (図 4.15)。またどのような予後予測でも推論であって、実現が決定しているわけではなく、常に変更可能なものであることに留意しなければならない。

一般的臨床像と利用者の臨床像が著しくかけ離れる場合、セラピストは医師が示す診断とは別に二次的な診断を持つこともある。セラピストの二次的診断は必ずしも公式に明示されることはないが、必要があれば医師に対して提言 (Recommendation) をという形で報告される。

機能の状態を把握したとしても、それが活動遂行などの次元に関連しないで独立してしまうと、リーズニングの一貫性が損なわれてしまう。機能データと活動遂行のデータとの関連を常に考えておく必要がある。とくにトップダウン・アプローチを採用している場合には、他のデータの分析よりも、関連する機能の分析が優先される。また医学的予後から予測した機能にもとづいて、将来の活動遂行も予測しておけば、時間経過にも対応してリーズニングの一貫性を保つことができる。疾患の予後予測は常に不確定なので、当然ならがら、これらの予測も暫定にすぎない。症状の変化に応じて、これらの関連は常に更新しなければならない。

STEP3　活動制限と参加制限のまとめ

評価に先立って、一般的臨床像での代表的な活動遂行と機能との関係をまとめておき、活動遂行の基準とする (図 4.19)。背景因子にもとづいて利用者の作業活動を特定し、評価データに不足があれば追加評価を実施する (図 4.20)。背景因子で特定した各作業活動を遂行する環境の促進因子と制限因子を特定する。作業活動の遂行の質・継続性 (生活の中

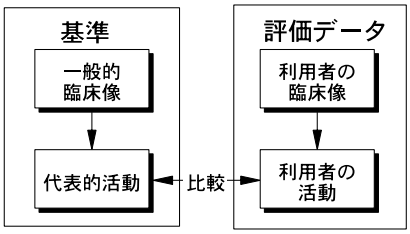


図 4.19　活動分析の基準

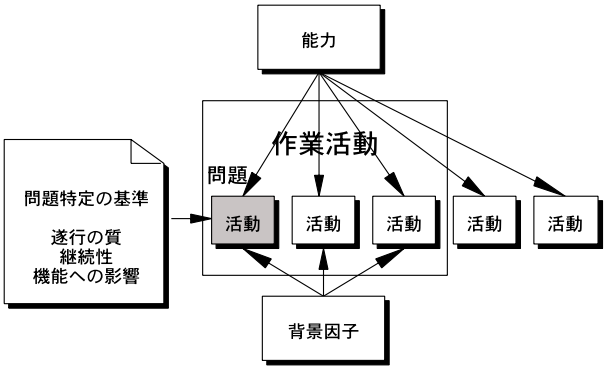


図 4.20　利用者の作業活動の特定

で作業活動が継続して行えること)・機能への影響などを評価して、問題となる作業活動を特定する。問題となる作業活動を特定した時点で、遂行環境を再度特定する。環境が特定される場合には参加レベルの問題となり、環境を特定しない場合は活動レベルの介入となる。問題のある作業活動の工程を分解して、問題の原因と機能および環境因子の関係を明らかにする (図 4.22)。さらに予後予測からの機能の変化に伴う、作業活動の変化を推測する (図 4.21)。

活動制限と参加制限のまとめの手順

1. 一般的臨床像での代表的な活動遂行と機能の関係を整理しておく。
2. 背景因子にもとづいて利用者の作業活動を特定する。
3. 特定した作業活動が評価データにない場合には追加評価を実施する。
4. 各作業活動の環境を特定し、促進因子と制限因子を明らかにする。
5. 各作業活動の遂行の質・継続性・機能への影響などを評価する。
6. 問題のある作業活動の環境をさらに特定し、参加レベルもしくは活動レベルに区分する。
7. 問題のある作業活動の工程を分解し、問題の原因を特定する。
8. 問題の原因と機能および環境因子との関係を明らかにする。

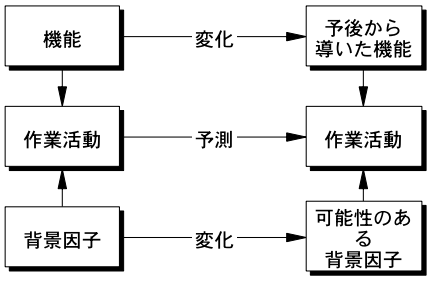


図 4.21　機能や背景因子にともなう活動遂行の変化

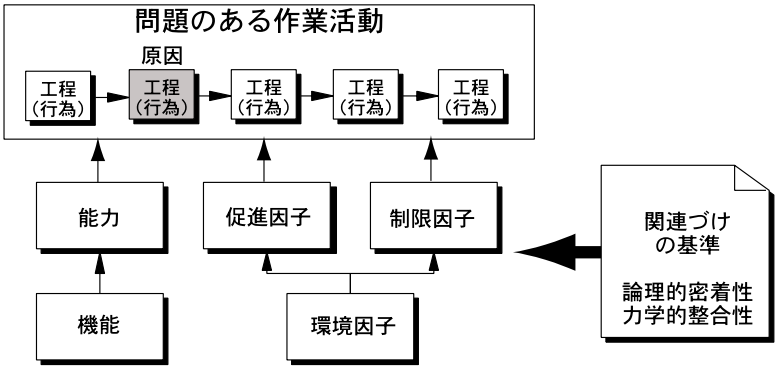


図 4.22　問題のある作業活動の分析

9. 予後予測からの機能の変化に伴う、作業活動の変化を推測する。

■解説　経験のあるセラピストは、一般的臨床像に伴う代表的な活動の遂行パターンを頭の中にデータ・ベース化している (図 4.19)。これらの遂行パターンは過去の問題解決から得られたものだが、評価の際には比較の基準として働いている。可能であればセラピストはこれらの遂行パターンを記述しておいた方がよい。少なくとも日常生活活動などの解説書と自分が経験上知っている遂行パターンを比較しておくべきである[*13]。

利用者が求める作業遂行を最低限の日常生活活動のみに限定してしまうのは望ましくないし、あらゆる活動に範囲を広げるのは現実的ではない。介入する活動を背景因子にもとづく作業活動に焦点化すれば、余分な活動に介入する労力を短縮でき、介入の質を高めることができるはずである (図 4.20)。むろんこのことは日常生活活動を軽視することにはならない。作業活動には日常生活活動も含むので、焦点化された作業活動の多くが日常生活活動であったとしても矛盾はない。

国際障害分類 2(ICF) では現実状況での遂行を参加 (Participation)、一般的な課題の遂行を活動 (Activity) に分類している。作業療法では通常両者を区別しないのでやや違和感も

[*13] キャリアが浅いセラピストなら定期的に解説書に目を通しておくとよい。

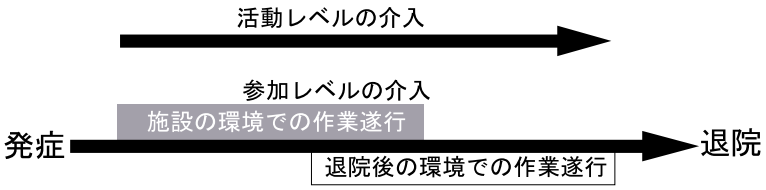


図 4.23　活動レベルの遂行と参加レベルの遂行への介入

参加レベルの能力 P-c	参加レベルの遂行 P-p
活動レベルの能力 A-c	活動レベルの遂行 A-p

図 4.24　参加・活動×能力・遂行のマトリクス

あるが、ここでは ICF の分類概念に従っている。遂行環境が特定される場合には参加レベルとなり、遂行環境が特定されない場合には活動レベルに位置づける。たとえば急性期には施設内環境での作業活動遂行に介入し、家庭評価を行った時点で介入の重点を地域生活に移してゆく (図 4.23)。この場合には施設内においても、地域生活においても実際の環境での遂行が参加レベルの遂行となり、環境を特定しない「訓練」のような場合は活動レベルの遂行となる。介入の目的は参加レベルの作業遂行であるが、治療上は活動レベルの作業遂行を計画することが多くなるはずである。セラピストは活動・参加×能力・遂行のマトリクスのうち、作業遂行をどのレベルでとらえているかを明確にすべきである (図 4.24)。

活動制限・参加制限に設けられた、能力 (Capacity) と遂行 (Performance) のふたつの側面を、それぞれ活動と、参加に振り分けてもよいが、ここでは遂行の問題を優先して扱い、能力の問題は補助的に扱っている。能力というのは機能に技能 (Skill) が結びついたもので、これが実際に行われるものが遂行となる。作業活動は個人的・社会的ニードによって生活に組み込まれた活動をいうので、能力だけ有していて遂行の伴わない活動は作業活動にはならない[*14]。

幅広い活動の能力を向上させることで、遂行の質を改善しようとするボトムアップ・アプローチを採用するなら、能力の概念を優先した方がよいかもしれない。ボトムアップ・アプローチの戦略を採用した場合、低下した機能や能力に問題点を張り付けてゆけばよいので、リーズニングは容易になる側面があるかもしれない。ただし目標達成の負担は利用者にとってもセラピストにとっても大きくなることを認識しておいた方がよい。

[*14] この原則に従えば、「できる ADL」と「している ADL」という予備分類も必要性も軽減する。

問題のある活動を分析する際に留意すべきなのは、論理的密着性と力学的整合性を維持することである (図 4.22)。複雑なモデルへの依存が引き起こす論理的跳躍についてはSTEP2 で述べたが、論理的跳躍は運動の基本となる力学的整合性すら危うくしてしまう場合がある。セラピスト内部での整合性と一般的理解による整合性がかけ離れてしまうと、リーズニングの信頼性は著しく低下することになる[*15]。

機能にしても、活動遂行にしても状態をとらえる評価はすべて一時的なものである。すべての要素は時間によって変化してゆく。評価には時間的変化の視点を常に含んでいることが望ましい (図 4.21)。

STEP4　全体像の把握と障害状態の特定

背景因子、機能障害、活動制限・参加制限のまとめから現在像を把握する。各分類でまとめた将来予測から、もっとも良い将来像を構築し、現在像と将来像のギャップを把握する。現在像と将来像のギャップを障害状態とし、背景因子、機能障害、活動制限の関係を包摂するかを確認する (図 4.25)。障害状態が各分類間の関係を包摂するまで、将来像の特定を続ける。

全体像の把握と障害状態の特定の手順

1. 背景因子、機能障害、活動制限のまとめから現在像を把握する。
2. 将来可能性のある背景因子、予後予測から導いた機能と活動遂行からみて、もっとも良い将来像を構築する。

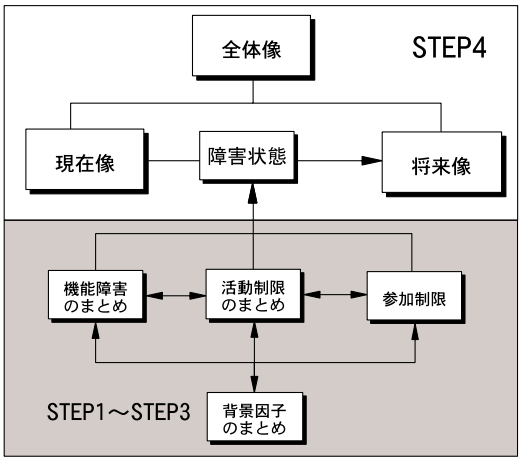


図 4.25　全体像の把握と障害状態の特定

[*15] セラピストが一般的理解との乖離に気がつかず、それを専門性と勘違いしてしまうこようなことにもなりかねない。

3. 現在像と将来像のギャップを把握し、それを参加制限と仮定する。
4. 特定された参加制限を背景因子、機能障害、活動制限の関係に挿入し、整合性を確認する。
5. 障害状態が各分類間の関係を包摂するまでこの過程を繰り返す。

■解説　本章の冒頭部分でも述べたように、ここでは「障害状態」を現在像から将来像へ移行する間にある障壁としてとらえており、単に正常からの逸脱を示すものではない。全体像は評価によって構築されたものであり、利用者のすべてを反映するものではない。全体像が欠落やゆがみを生じるのはやむを得ないだろう。むしろ全体像が不完全であるという認識をセラピストは持つべきである。

全体の手順の中でも、特に将来像の構築はメカニズムが不明な過程である。利用者の将来像をイメージすることは、経験のあるセラピストにとって、さほど困難なことではないが、どのようなメカニズムで将来像を導き出しているのかは実際のところよく分からない。予測を含んだ各情報をつなぎ合わせただけでは、統一性のある将来像を論理的に構築するのは難しい。将来像の構築というのは、セラピストの思考に生じる一種の創発現象 (Emergent Phenomena)[*16]であると考えられる。将来像の構築はセラピストの持つ暗黙知 (Tacit Kowledge) に属し、経験によって可能となる [70]。経験の浅いセラピストや学生は将来像の構築は難しいということになるが、その場合にも策がないわけではない。経験の浅いセラピストや学生は経験を補うために論理に頼るが、それが創発としての将来像構築を妨げるのである。これには KJ 法で言われる周辺視的な思考が役に立つ [61]。つまり各要素個別の関係から焦点をはずし、各要素を「見ているようで見ていない状態」を意図的に作り出すのである。このようにすると、将来像は浮かび上がってきやすくなるだろう[*17]。

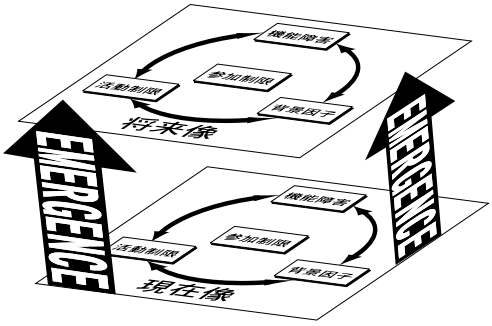


図 4.26　創発現象としての将来像の構築

[*16] 創発とは複雑系に見られる非線形変化で、変化や現象が突然出現することを指す。

[*17] コホネンの自己組織化マップを利用しても、KJ 法と同じようなことができる。この場合各要素を変数に

STEP5　問題点の抽出

全体像を把握したら評価データにもどって、作業遂行上の問題点の抽出を行う。それぞれのクラス間の関連 (背景因子・機能障害・活動制限・参加制限の分類間での評価データの関連) を明確にしつつ、それぞれのクラス内の関連 (背景因子・機能障害・活動制限・参加制限の分類内での評価データの関連) を掘り下げてゆく (図 4.27)。

まず問題点の抽出に先立って、セラピストの治療構造を把握しておき、そこから仮の治療方針を設定する。この仮の治療方針が問題点を抽出するための基準となる。参加制限の要因からさかのぼり、機能障害・活動制限・背景因子の関連を分析する (クラス間分析)。そこでクローズ・アップされた問題が、クラス内でどのような関連があるのかを明確にし、問題の原因を特定する (クラス内分析)。クラス内分析において、不足している知識や情報があるなら文献や追加評価 (STEP6) を補っておく。クラス間分析とクラス内分析の結果から、仮の治療方針に照らして参加制限に関係する (作業遂行に関係する) 問題点を抽出してゆく (図 4.28)。さらに解決する順序を考慮して優先順位をつけ、問題点とその関連性を利用者に説明する。

問題点抽出の手順

1. セラピストの治療構造を把握しておき、仮の治療方針を設定する。
2. 機能障害・活動制限・参加制限・背景因子の分類ごとに評価データを列挙する。
3. 参加制限を始点にして原因となる評価データ間に関係線を引く (クラス間分析)。
4. 原因となる評価データ間の原因を分類内で分析し、必要なら追加評価もしくは文献検索を行う (クラス内分析)。

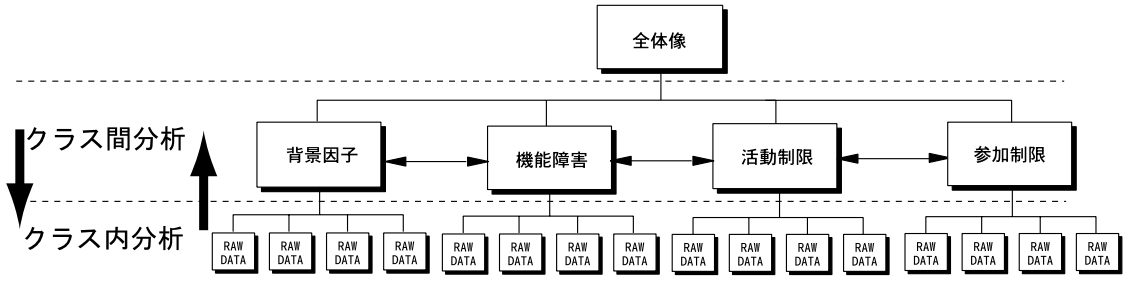


図 4.27　クラス間分析とクラス内分析

置換する必要があるが、コンピュータ・ソフト SOMine(©Viscovery) を使えば、KJ 法より思考過程を明確に記録できる。

5. 仮の治療方針に照らして、参加制限につながる (作業遂行に関係する) 問題点を抽出して、優先順位をつける。
6. 利用者に問題点とその関連性を説明する。

■解説　問題点の抽出は、治療方法とともにリーズニングの中核部分にあたる。その意味ではリーズニング・スタイルと治療構造というのはほぼ同義だと考えてもよい。多くのセラピストは職場のシステムにもとづいて暗黙裡に自分の治療構造を構築するが、これに論理的整合性をあたえるのがリーズニングである。リーズニングが先行して治療構造を構築することは不可能ではないが、かなり困難だろう。キャリアが少ないセラピストは他のセラピストの治療構造を一時的に借りる形になる[*18]。

ここでは評価データの関連性をダイアグラムに表現することで理解しやすくする手法をとっている。評価データを書き込んだ分析用チャートは、関係線を書き込む前にコピーをとっておくと便利である。また考察した結果は可能な限り記述して残しておくべきである。

問題点抽出の過程では分類された構成要素ばかりに注目していると、偏った問題点を引き出してしまう場合がある。分析はチャートで全体をとらえてから、各要素の関連性を引き出すが、経験の浅いセラピストや学生ははじめから各要素の個別の関連性に注目する傾向にある。部分を見つつ、全体を把握するという処理には、将来像把握でも述べた KJ 法の周辺視的な思考が有効である。各要素から焦点をはずし、「見ているようでいて見てい

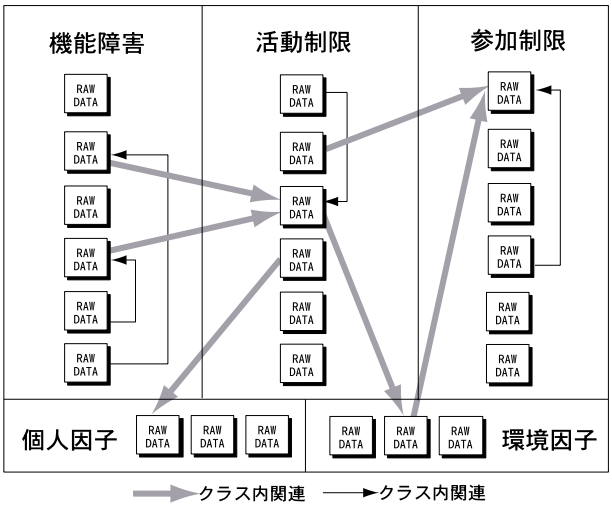


図 4.28　分析用チャートの例

[*18] よくも悪くもまったく白紙のセラピストなど存在しない。

ない状態」を意図的に作り出すと、そこに主な問題の関連性が浮かび上がってくる[*19]。この段階で見つけだした関連性は「ぼんやり」しているので、そのあとに要素間の関連性を論理的に追ってゆくようにする。

セラピストはどのような理由で問題点と判断したのかを、利用者に説明する必要がある。多くのセラピストは利用者に問題点についての合意をとることをしないが、このことはインフォームド・コンセント[*20]の原則に著しく反する。セラピストは可能な限り問題点とその解決方法を利用者に説明する義務がある。

STEP6　追加評価

問題点の抽出で不足情報と信頼性に欠ける評価データを確認し、それを収集するために追加の評価計画を立案する。不足情報を明らかにし、LEVEL1 にもどる。信頼性に欠ける検査等は、信頼性を上げる具体的な方法を考えておく。

追加評価計画の手順

1. 不足情報と信頼性に欠ける評価データを確認する。
2. データの信頼性を上げる方法を案出する。

■解説　評価過程と治療過程を区切るのは、主に治療効果を測定する目的のためであるが、実際に両者の過程を分離するのは不可能に近い。リーズニングは時間的変化に対応しなければならないので、たいていは治療実施と併走して評価を継続することになる。リーズニングの過程は、新たな評価データが入ってくるたびに、繰り返されることになる。

[*19] KJ 法の周辺視的な思考は、視差を利用した「だまし絵」のような感じで行うと成功することがある。

[*20] 「説明と同意」と訳されることが多いが、正確には「説明の上での同意」であり、セラピストの説明と利用者の同意は乖離してはならない。

LEVEL3　治療計画

評価のまとめをもとに治療計画を立案する。問題点の抽出 (LEVEL2-STEP5) は治療計画と不可分な関係にあるが、手順の便宜上ここでは過程を敢えて区切ってある。問題点抽出と整合性のある目標と治療方針を行い、他のサービスとの整合性を確認した上で、具体的な治療プログラムを作成する。

STEP1　目標と治療方針の設定

長期目標は原則的に障害状態から選択する。現在像から可能な将来像への移行を阻害する障壁を障害状態としたので、障害状態をクリアする目標が長期目標となる。短期目標は目前に越えるべき第一段階の目標として、ここでは抽出された問題点から短期目標を設定する。目標設定の際には達成を判定する具体的な達成基準と達成に要する期間を定めておく。

短期目標を出発点として長期目標を達成してゆく方向性を明らかにし、これを治療方針とする。現在の短期目標の達成と次の短期目標の仮定を繰り返すことで、最終的に長期目標につながれば、治療方針としてリーズニングの整合性が確保できることになる (図 4.29)。この段階の治療方針を初期の仮の治療方針（LEVEL2 － STEP5) と置き換え、再び問題点の抽出を行ってみて、目標設定と問題点抽出に乖離がないかを確認する。設定した治療方針を使うと、異なった問題点が抽出される場合には、再度問題点の抽出（LEVEL2 － STEP5) を行う。治療方針と目標をもとに PERT ネットワークを描き、治療

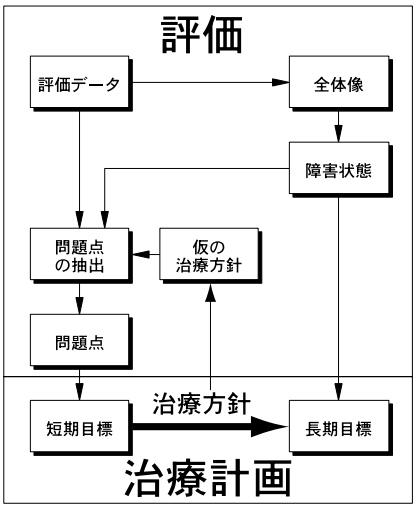


図 4.29　評価と治療計画

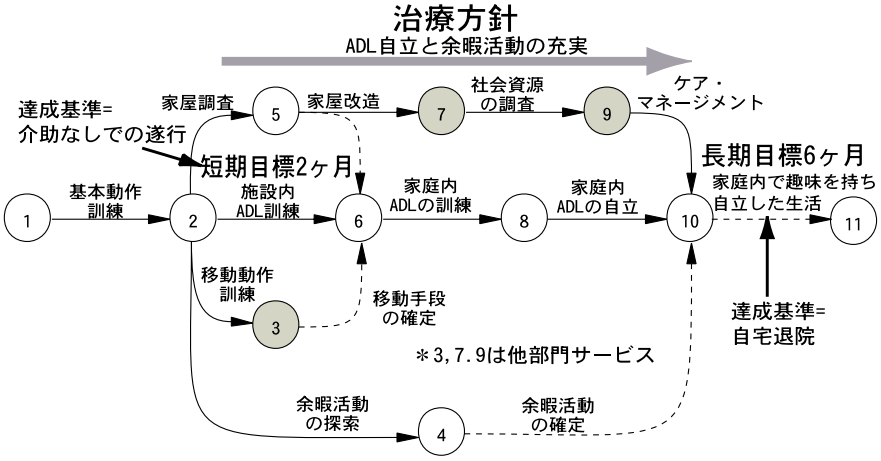


図 4.30　治療方針や目標にもとづいた PERT ネットワークの例

方針、長期目標、短期目標、達成基準、達成に要する期間を確認する (図 4.30)。それらが確定した段階で (次項 STEP2 でチームの合意が得られた段階で確定する)PERT ネットワークをもとに利用者に説明し、同意を得る。

治療方針の設定の手順

1. 障害状態から長期目標を設定する。
2. 問題点から短期目標を設定する。
3. 短期目標から長期目標への方向性を確認し、治療方針を立てる。
4. 短期目標の具体的な達成基準と達成に要する期間を設定する。
5. 治療方針を仮の治療方針と置き換え、問題点抽出の過程を確認する。
6. 問題点抽出と目標設定が乖離している場合には、再度問題点の抽出を行う。
7. 治療方針や目標に沿った PERT ネットワークを描いて治療方針、長期目標、短期目標、達成基準、達成に要する期間を確認する。
8. PERT ネットワークをもとに治療方針や目標などを利用者に説明し、同意を得る。

■解説　通常業務で目標設定の根拠が明示されることは少ないが、リーズニングの整合性をチェックしてみると、往々にして目標が問題点から乖離している場合がある。利用者の問題構造よりセラピストの治療構造が優先してしまうことなどが原因として考えられるが、このようなリーズニングは評価と治療の密着性を低下させ、リーズニング全体の信頼性を著しく低下させることになる。

ここでは障害状態と長期目標、問題点と短期目標を直結させて、評価と治療の密着性を維持するとともに、長期目標と短期目標をつないだ治療方針を、問題点抽出の過程で再点検することで、問題点と目標の乖離を防止するシステムをとっている (図 4.29)。一見する

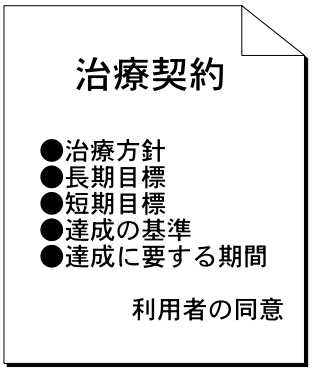


図 4.31　治療契約と利用者の同意

と乱暴な手順にも見えるが、論理的整合性が維持されていれば、評価と治療計画の乖離を防止する働きがある。この点検で問題が生じている場合には、セラピストの治療構造自体を再点検する必要があることになる[*21]。

長期目標は別としても、短期目標には具体的な達成基準と、達成に要する期間を設定しなければならない。達成基準の設定を怠れば、治療効果の判定や、治療完了の判断を困難にする。当然のことであるが不要なサービスの継続は、サービス全体の信用を著しく低下させてしまうことになる。また目標が機能や能力の維持 (Maintenance) であったとしても、どれくらいの期間をどの水準で維持するかを明確にしておかなければならない。

PERT ネットワークの作成は必要不可欠とはいえないが、可能な限り描いてみた方がよい。慣れるまで描くのに苦労するかもしれないが、目標と治療方針が明確になっていれば、円定規一本で 10 分ほどで描けるようになる。治療方針や目標をもとに PERT ネットワークを描くことで、治療の概略はかなり明確になるだろう (図 4.30)。PERT ネットワークはセラピストの確認だけではなく、利用者や家族、主治医への説明にも威力を発揮する。

設定された方針、目標、達成基準、期間は治療契約上の重要事項に当たる。これらを利用者に開示しないセラピストが多いが、サービスを契約と見る場合、これらの秘匿は決して望ましいことではない。利用者または保護責任者にこれらを説明をし、可能であれば同意を得るべきである (図 4.31)[*22]

[*21] このような場合にはセラピストの治療構造が利用者中心になっていない可能性が高い。

[*22] カナダ作業遂行モデルではこの治療契約を必ず書面にするように義務づけている [65]。日本の医療機関ではセラピストが直接利用者の同意を得ることは難しいかもしれない。作業療法依頼を出した主治医を通して利用者の同意を得る方法もある。この場合主契約者は主治医になるので、セラピストは主治医の二次契約者 (「下請け」) という扱いになる。

STEP2　各サービスの関係性の確認

リーズニングに先立って、施設内の各部門のサービス範囲を確認しておく。リハビリテーション・ゴールが長期目標を矛盾なく包摂するかを確認する。不整合がある場合、目標設定から問題点抽出 (LEVEL3-STEP1) に遡って論理的整合性を点検する。さらに各部門の目標をもとに PERT ネットワークを描き、それらの整合性を分析する (図 4.32)。それらの関係に不整合がある場合、不整合部分を特定して調整する。

各サービスの関係性確認の手順

1. 各部門の通常のサービス範囲を確認しておく。
2. 設定した長期目標とリハビリテーション・ゴールとの整合性を確認する。
3. 長期目標とリハビリテーション・ゴールに不整合がある場合、問題点抽出に遡って論理的整合性を点検する。
4. 各部門の目標をもとに PERT ネットワークを描く。
5. 各サービスに不整合がある場合、不整合部分を特定して調整する。

■解説　リハビリテーション・チーム全体の合意であるリハビリテーション・ゴールはすべてのサービスの目標を包摂する関係にある。原則的にリハビリテーション・ゴールの範囲を逸脱したり、協調関係にならないような長期目標は許容されない[*23]。

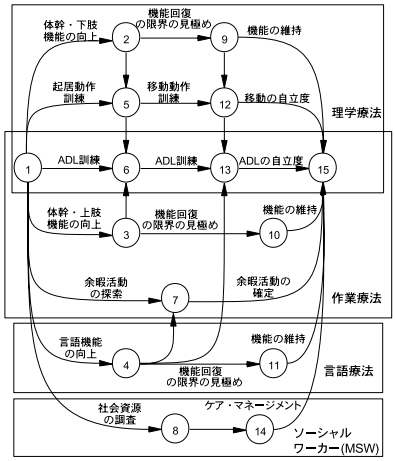


図 4.32　各サービスの関係性をもとに描いた PERT ネットワークの例

[*23] 長期目標がリハビリテーション・ゴールに包摂されたとしても、過度に狭い領域のみしかとらえていない場合にも協調関係にならない。

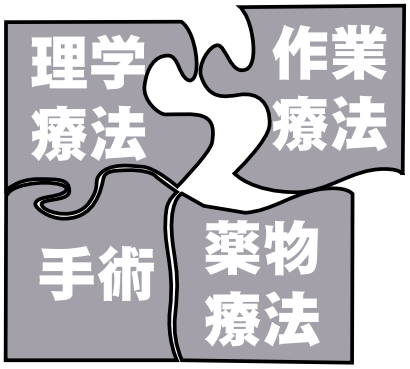


図 4.33　各職種のサービスの整合性

実際に各サービスの問題点や目標が対立関係に陥ることは珍しいことではない[*24]。医療機関においてチーム・アプローチ全体を調整する責任は主治医にあるが (医療機関以外の場合には誰がコーディネーターを務めるのかを確認しておく必要がある)、セラピストは把握した事実を主治医に勧告 (Recommendation) する義務がある。ある程度のサービス内容の重複は許容されるが、各サービスが競合関係になった結果、必要なサービスに欠落が生じることは許されない。もし不整合が発見された場合、作業療法の治療計画で対処できる範囲内かどうかを検討し、サービスの質に著しい低下が予測される場合には、主治医または各部門と調整を図ることになる (図 4.33)。

セラピストは自分が所属する施設の関連部門のサービス内容を把握し、各職種に対する関連知識を可能な限り持っておいた方がよい。それぞれの専門性と視角を理解していれば、各サービス内容の推測が容易になり、整合性も取りやすくなる。場合によっては各職種に共通の概念モデルとリーズニング形式の導入を図る場合もある[*25]。

ここでは各サービスの分析に PERT を使っているが、関係性を分析するのは他の方法でもよい。ただし各サービスの関係性が紋切り型の静的な構造では意味がない。ここで各サービスの整合性を確認するのは、標準的な構造を導くことではなく、あくまで利用者にとってサービスの流れがどうなっているのかを確認することである[*26]。ここでの PERT の利用する目的は、系時的な流れの意識化であり、セラピストの視点から利用者中心の視点へ切り替えることである。

[*24] 対立関係が生じないということは、協調関係も生じていない可能性が高い。

[*25] 共通の概念モデルやリーズニング形式は可能な限り、すべての職種の特徴を活かすようなものであることが望ましい。現在までのところこの試みに完全に成功した事例は見あたらない。

[*26] 日常業務でセラピストは他部門サービスを空気のように呼吸しているが、日常的になりすぎると空気の中に何かのガスが混じっていても気がつかなくなるおそれがある。

STEP3 治療プログラムの作成

日常文献等から情報を蓄積しておき、必要な情報を矛盾のない形でセラピストの治療構造に取り入れておく。利用者の問題点と目標・達成基準を再度確認し、PERT ネットワークで介入する点を明確にしておく。セラピストの治療構造をもとに利用者の問題構造に合わせて 治療方法を構築する (図 4.34)。治療方法と目的達成の因果関係を利用者に説明して同意を得る。治療プログラムは具体的な実施内容を記述するとともに、期待すべき変化 (Progress) の観察点を設定しておく。

治療プログラム作成の手順

1. 文献等から情報を蓄積しておき、必要な情報をセラピストの治療構造に取り入れておく。
2. 利用者の問題点と目標・達成基準を再度確認し、PERT ネットワークを描いて介入する点を明確にしておく。
3. セラピストの治療構造から治療方法を選択し、利用者の問題構造に合わせて修正する。
4. 具体的な実施内容と観察点を記述する。
5. 治療方法と目標達成の因果関係を明らかにし、 利用者に説明して同意を得る。

■解説 利用者の問題構造に文献等の情報を直接適応する方法もあるが、日常業務では現実的とはいえないだろう。通常セラピストは文献等からの情報を自分の治療構造に取り入れる操作を日常的に行っており、必要なときに引き出せるような状態にしてある。セラピストは可能な限り、自分の治療構造に取り込んだ情報の根拠を明確にして、その整合性を

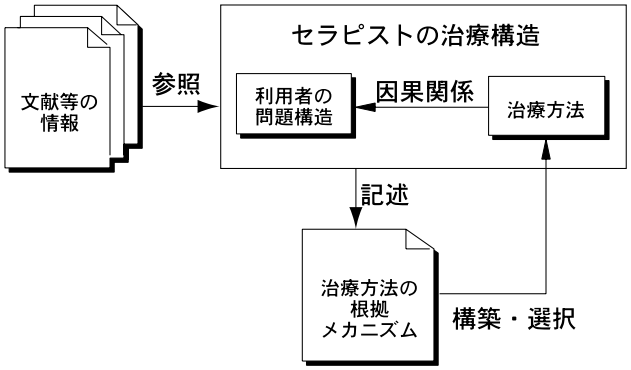


図 4.34 セラピストの治療構造と文献等の情報

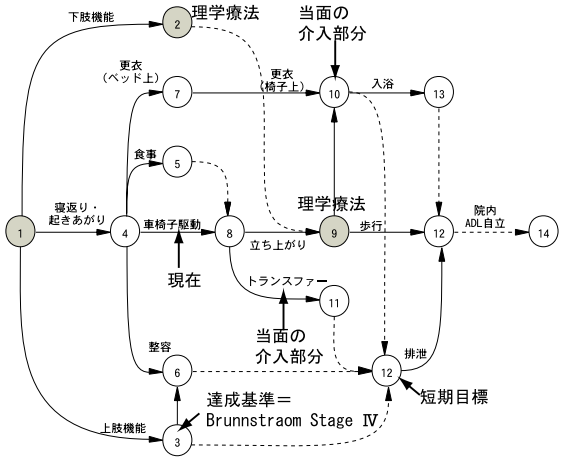


図 4.35　PERT ネットワークを利用しての目標確認の例

確認しておくべきである。可能ならば文献等はコピーをとってスクラップブックを作成しておくとよい。

セラピストは利用者の問題構造を PERT ネットワークなどで再確認した上で、治療方法を構築・選択するが、この過程には二種類の関係が考えられる。利用者の問題構造にセラピストの治療構造をはめ込む関係と、セラピストの治療構造に利用者の問題構造をはめ込む関係である。治療関係に入るにはセラピストの治療構造が利用者の問題構造を包摂しなければならない。前者は利用者の権利 (Consumer Right) を尊重するという意味で理想的だが、日本の現状からみれば後者の方が現実的であると言わざるを得ない[*27]。前者ではセラピストの治療構造が利用者の問題構造を包摂しない場合、セラピストは利用者の問題構造を包摂する治療構造を持つ他のセラピストを利用者に紹介しなければならない[*28](図 4.36)。後者にはセラピストの治療構造が利用者の問題構造を包摂可能なように、広い範囲をカバーしていることが条件となる。そのためにはセラピストは単一の治療方法を詳細に検討するだけでなく、治療方法の幅を広げるようにしなければならない 。

どのような治療方法を選択または構築するにせよ、目標達成との因果関係は常に明快でなければならない。目標達成を推測する根拠、または治療方法が目標を達成するメカニズムは論理的に提示可能な状態になければならない。さらにそれを利用者に理解できる形で説明する義務がセラピストにあることを認識しておく必要がある。

[*27] 双方の関係の優劣は一概に判定できない。セラピストの負担を軽減し、利用者の選択を可能にするのは確かに前者だが、多様な治療構造を分担できるだけのセラピストの数が必要になるし、セラピスト間に競争原理が持ち込まれることになる。さらに厳密にいえば前者の成立には、セラピストが利用者と直接治療契約を結ぶ関係が前提となり、日本の医療機関の中での展開は難しい。

[*28] クライエント中心主義を提唱するカナダ作業遂行モデルでは実際にこの手順をとる [65]。これは単にセラピストの治療構造の優劣の問題だけではなく、セラピストの専門性の問題でもある。

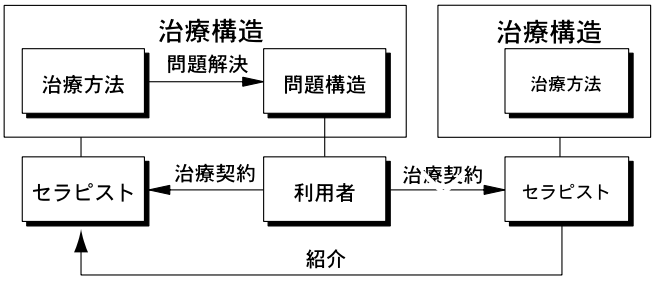


図 4.36　セラピストの治療構造と利用者の問題構造

治療プログラムの内容と観察点は具体的に記述されている必要がある。このことは他のセラピストが治療セッションを代行したり、引き継いだ場合にも、一貫したサービスの内容と質を保証することになる。プログラムが具体的に記述されていない場合には、他のセラピストに代行や引継を依頼することができない。さらに引継の場合には治療プログラムだけでなく、リーズニング全体の情報が他のセラピストへ受け渡されることになる。

STEP4　**リーズニングの記述**

記録とそれ以外のドラフト (分析チャートを含めた分析用のメモ書き) を分類して整理する。記録等はコピーしてスクラップにすると分析しやすい[*29]。問題点の抽出過程、目標・治療方針設定の過程を記述する。

1. 記録とドラフトを分類整理する。
2. 問題点の抽出、目標・治療方針設定、治療方法の選択 (構築) の過程を記述する。

■解説　セラピストは問題点や目標、治療方法などを記録に記述するが、それらを生産した過程が記述されることは少ない。実はそれらの生産過程を説明した記述こそリーズニングそのものである。日常セラピストが思考の中だけで済ませていることを実際に記述してみると、その量は膨大なものになる。すべての利用者についてこれらの記述を行うのは理想的であっても、日常業務で行える範囲を越えている。ただしリーズニングを維持するために、セラピストはこれらの記述を年に 1〜2 回程度行っておくべきである。

[*29] 当然ながらそれらの記述はコピーを含め、施設外に持ち出してはならない。

LEVEL4　治療実施とリーズニングの再検討

治療セッションは原則的にプログラムにもとづいて展開されるが、セラピストは治療上に起こる変化やイベントに敏感であり、利用者に気づき (Awareness) をうながさなければならない。必要があれば再評価を行って、利用者と目標達成を確認し合い、他の目標に向けて治療を継続するか、終了するかを決定する。

STEP1　治療実施

治療プログラムは利用者の状態によって修正を加えて実施する。治療プログラム作成時に設定した観察点にもとづいて利用者の変化をとらえて、変化に対する利用者の気づきをうながす。また治療に関係するイベント (出来事) をとらえ、その意味を利用者とともに確認し合う (図 4.37)。プログラムの修正と実施内容、変化と原因、治療上のイベントの意味を考察し、それらを記録する。目標の達成を確認した場合、必要があれば再評価を行って治療の継続を検討する。

治療実施の手順

1. 利用者の状態によって治療プログラムに修正を加える。
2. 治療プログラムに設定した観察点にもとづいて、実施中の利用者の変化をとらえ、変化に対する利用者の気づきをうながす。
3. 変化に関係する治療上のイベントを確認し、イベントの意味を利用者と確認する。
4. プログラムの修正と実施の内容、変化と原因、治療上のイベントの意味を考察して記録する。
5. 目標達成を確認した場合、必要があれば再評価を行う (LEVEL6-STEP2)。

■解説　利用者の状態は時間とともに常に変化している。治療プログラムというのは標準の実施内容であり、内容には常に修正が要求される。当然のことながらセラピストは治療中の利用者の変化に敏感でなければならない。治療プログラム作成時に期待すべき変化の観察点 (LEVEL5-STEP3) を設定したのはこのためである。往々にして利用者には、セラピストが設定した観察点以外の変化が生じる場合が多い。この変化にはポジティブなもの (優先順位が低く目標に掲げていなかった問題の解決など) も、ネガティブなもの (現疾患や合併症の悪化など) もあり得る。これらの変化ついてもセラピストは敏感に察知して、必要ならば治療計画の修正や他部門への連絡をしなければならない。

利用者が治療の目的やプログラムのメカニズムを知っていれば、利用者自身が変化に敏

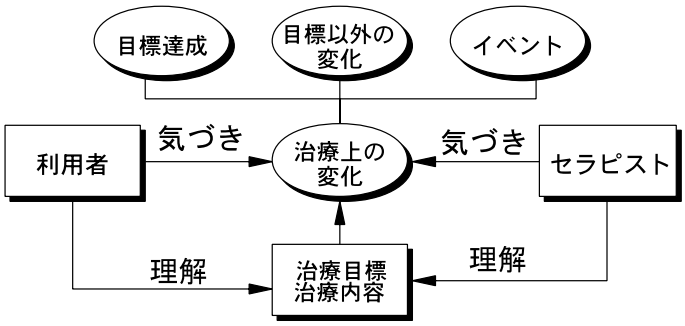


図 4.37　治療実施と変化の気づき

感になるが、利用者自身が変化を感じない場合、セラピストは利用者に変化の気づきをうながす必要がある[*30](図 4.37)。利用者が変化に気づくことによって、治療効果が加速される場合が多い。変化がネガティブな場合にも、セラピストはリハビリテーション・チーム（またはケア・チーム）の合意をもって利用者に気づきをうながすべきである。変化の隠蔽は利用者とセラピストの関係に溝を作り、信頼関係を損ねる場合が多い。またセラピストが目標達成に気がついた場合、セラピストは利用者に気づきを促し、必要ならば再評価を行う。

治療上のイベントは主に現象学的アプローチで取り上げるが、機械論的アプローチの問題解決がこれらのイベントによって加速されることは多い。セラピストは変化も含めて治療実施上のイベントの意味を利用者と積極的に話し合うべきである。

STEP2　治療計画の変更と再評価実施

利用者の変化に応じて随時治療計画を変更する。治療計画を変更する場合にはリーズニングの全過程を再点検する (LEVEL2～LEVEL3)。仮に目標を変更しなければならなく

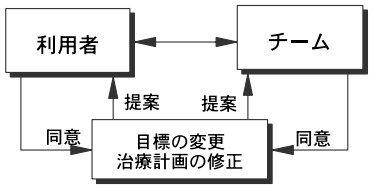


図 4.38　治療計画の修正に対する利用者とチームの同意

[*30] ただし変化に対する気づきがセラピストの錯覚によるものであってはならない。変化に対する錯覚にセラピストは常に注意を払う必要がある。このような変化への錯覚はセラピストの治療構造が不可視になると生じやすい。錯覚にもとづいた気づきへのうながしは、利用者や第三者を巻き込んで、事実誤認の拡大を引き起こす場合がある。

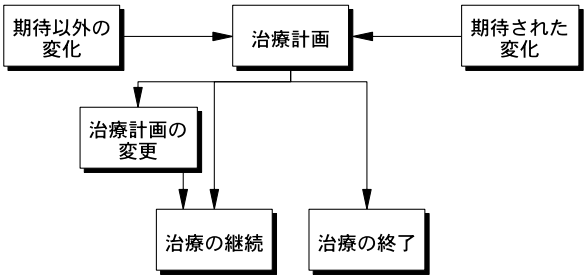


図 4.39　利用者の変化による治療の選択肢

なった場合には、利用者とリハビリテーション・チームの合意の元で、目標を修正するか、治療を終了するかを判断しなければならない (図 4.38)。

利用者またはセラピストが目標達成に気づいた場合、必要があれば再評価、主に検査・測定を行う。利用者と目標達成を確認し、チームの合意のもとで別の目標に向けて治療を継続するか、治療を終了するかを決定する (図 4.39)。

治療計画変更と再評価実施の手順

1. 利用者の変化に応じて、再度リーズニングを行い、治療計画を変更する。
2. 変更した治療内容を利用者とリハビリテーション・チームに報告し、同意を得る。
3. 目標を達成した場合、必要があれば再評価を行う。
4. 利用者とチームの合意のもとで目標を修正して治療を継続するか、治療を終了するかを決定する。

■解説　リーズニングに不備がなくとも、治療実施上何らかの原因で目標の修正を余儀なくされる場合は多い。この際には利用者の合意を得ることはもとより、リハビリテーション・チームの合意を得なければならない (図 4.38)。チーム・メンバーは他のサービスの進行状況に合わせながら、自部門のサービスを展開している。一部門の目標変更はチーム・アプローチ全体に波及することになる。

再評価は治療上の変化を明確にするために行うもので、利用者から見ても、チーム・メンバーからみても治療上の変化が明確である場合には、あえて再評価を実施しない場合もある。ただしチームの構成が医学的専門職の場合には数値データを求められることが多いので、検査・測定を再度行う場合が多い。仮に利用者が変化に気づき、それに満足した場合でも、チームが数値データ要求をする場合、セラピストはその要求に従わなければならない[*31]。

[*31] 利用者も、チームも数値データを要求せず、セラピストの興味で行うならば、それらは治療セッション外で利用者の同意のもとに行うべきである。

治療の終了も利用者とチーム・メンバーの合意をもって行われるべきである。医療機関の場合、主治医から依頼があるので、治療継続が独自の判断が不可能なことを多くのセラピストは知っている。しかし主治医が治療継続の意見をセラピストに求めることは多い。セラピストは前もって利用者と協議し、治療の継続もしくは終了の勧告 (Recommendation) を、責任をもって主治医に伝える義務がある。主治医への勧告責任の放棄は、医療法上セラピストに課せられた注意義務違反と同等に扱われる場合がある[*32]。

治療効果とリーズニングの検討

再評価結果の結果または目標達成の度合いと、期待した目標以外の変化を確認する。リーズニング・治療内容・再評価結果または変化の関係を考察し、他の治療に応用可能なように利用者の個人的文脈を抜き取って経験則を作り、治療構造に取り込む。経験則を演繹可能な状況や症例を推測し、法則とともに記述する (図 4.40)。

治療効果とリーズニング検討の手順

1. 再評価の結果または目標達成の度合いを確認する。
2. 目標以外の変化を確認する。
3. リーズニング・治療内容・再評価結果または変化の関係を考察する。
4. 利用者の個人的文脈を抜き取って経験則を作り、治療構造に取り込む。
5. 演繹可能な状況を推測し、経験則を記述する。

■解説　リーズニングの検討の終了は治療の終了を前提としない。治療を継続した場合にもセラピストはリーズニングの検討を終了し、通常の業務に復帰することができる。

治療経験から経験則を構築し、それを治療構造に取り込むことをセラピストは通常業務で行っている。ここではその経験則をリーズニングとともに記述し、どのように応用するかを検討する (図 4.40)。

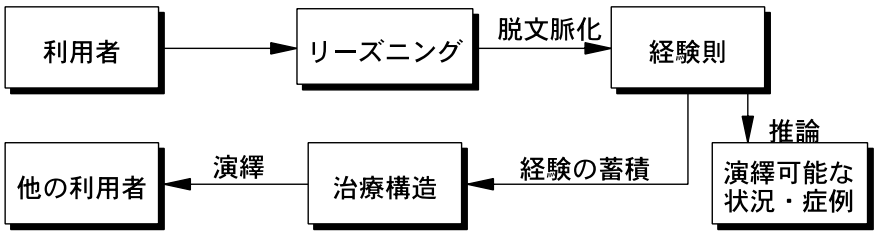


図 4.40　経験則の定立と演繹

[*32] 北米では不必要な治療継続で訴訟が起きることもある。

セラピストは文献や研究だけでなく、治療を通して多くのことを利用者から学ぶ。セラピストが経験に応じて、その能力を見積もられるのはこの経験則の蓄積のためである。もしセラピストが記述を通して、それらの経験を他のセラピストと共有できれば、他の利用者も利益を得ることができるだろう。利用者の経験を無にしないためにも、セラピストはこれらを可能な限り記述して残すべきである。

第５章

現象学的アプローチの手順

機械論的アプローチと対照的に、現象学的アプローチでは問題点をかかげず、問題解決を目標としない。現象学的アプローチが扱うのは利用者にとって意味のある体験である。意味や体験は個人によって異なるので、本来医学では取り扱うことができない。場合によってはそれらの取扱いが禁じられることさえある。しかし体験や意味が問題解決の促進因子や阻害因子となることは多い。現象学的アプローチがリーズニングから欠落してしまうと、それらを説明することができなくなってしまう。また作業療法の説明から意味のある活動 (Meaningful Activities) が失われてしまうと、一般の人々は作業療法に対する正しい認識が持てなくなってしまう。現象学的アプローチは作業療法にとって決して新しいものではない。これまで機械論的アプローチの陰に隠れて重要な役割を常に果たしてきた。ただリーズニングのスポットライトを浴びることがなかっただけである。

本書の現象学的アプローチでは利用者の生活世界のレリヴァンスの推定と、それにもとづくイベント・メーキング (体験の生成) を手順化してある。まず面接などによって利用者の生活世界の情報を収集する。それらのデータに定式化された分析を加え、整合性と一貫性のある説明へまとめあげる。この説明に基づいて利用者のレリヴァンスに沿ったテーマを作り出して、それに基づいたイベント (経験) を作りだし、ライフヒストリーの中で再度このイベントの意味を利用者とともに確認し合う。

ここで紹介する手順が必ずしも正しいとはいえない。現象学的アプローチは暗黙知 (Tacit Knowledge) に属するもので、手順化されにくいものなのだ。本書の手順こそが現象学的アプローチだとはいわないし、セラピストがこれをアプローチのベースにする必要もない。現象学的アプローチに対するより良いリーズニングの方法は、これからのセラピストの手に委ねられている。

本書での現象学的アプローチの手順と特徴

ここで紹介する現象学的アプローチの手順は質的研究の手法を基にしている。質的研究では厳密な信頼性が要求されるため、膨大な叙述データを起こし、精密な分析をかける [71]。しかし現場の業務に持ち込むには、これらの手法は大きすぎて、継続可能な (Sustainable) 手続きを構築しにくい。ここでは質的研究の手法を、セラピストが現場に持ち込める程度に切り詰め、分析手法に質的研究以外の手法も取り込んで、手順を構成している。

この手順は 4 つの PHASE に分かれており、各 PHASE を必要に応じて STEP に区切り、分析の方法と意味のとらえ方を示してある (図 5.1)。現時点でこの手順が妥当であるという確証はまったくない。セラピストはこの手順から何かを読みとって、その構成要素を自分の治療構造に取り入れてもよいし、まったく別の理論から現象学的な構成要素を得ることもできる[*1]。

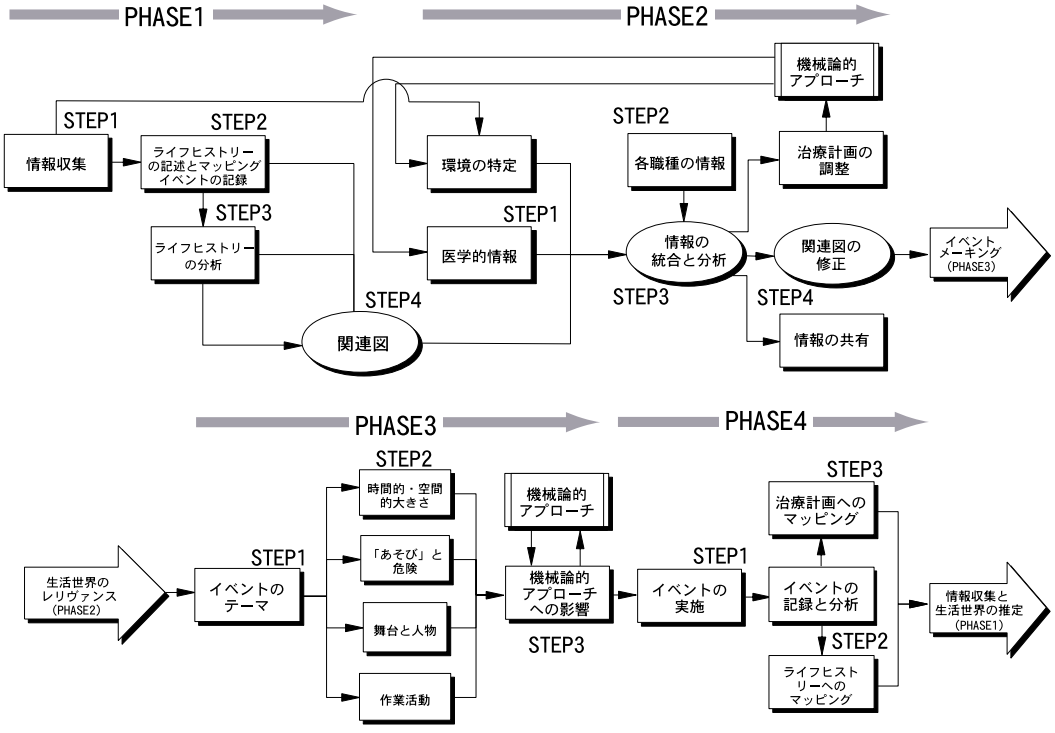


図 5.1　本書での現象学的アプローチの手順

[*1] 理論的な力量のあるセラピストなら、Gray の現象学的方法をこの手順の構成要素で肉付けを試みてもよい [8]。また人間作業モデルの治療介入の原則とこの手順を比較した上で、整合性を維持しながら理論的構造に従ってこの原則や手順の変更してみるのも良い試みだろう [24]。

■レリヴァンスの推定と人間的要素　すでに繰り返し述べているように、ここでは利用者の生活世界のレリヴァンスを推定するために、面接などによる情報収集により叙述データを作成し、その叙述データを一旦断片化した上で、各要素の関係を分析し、それらを統合することによってイベント・メーキング (体験の生成) への手がかりを得る。機械論的アプローチの評価のように、レリヴァンスの推定が妥当性と信頼性を持って把握できる保証はない。それらの推定は常に暫定的なものであって、更新しつづける生活世界のあとをどこまでも追いかけるものでしかないし、セラピストが利用者のレリヴァンスを把握している確信を持つことはできない。他に良い手法があるなら、それらが採用されるべきものであるが、妥当性と信頼性が得られないという理由で、この種のアプローチ全体が放棄されてよいものではない。

仮にレリヴァンスの推定というアプローチが正しいとしても、それらの手順はセラピストの人間的要素をもとにしている (図 5.2) 。作業療法の世界において、この人間的要素は共感 (Empathy) という言葉で語られてきた。いくらアプローチが手順化できたとしても、そこから人間的要素を引き抜くことはできない。単に手順が進めば、利用者のレリヴァンスを把握できるという認識は明らかに誤っている。もし仮にそれらのアプローチが人間的要素を前提としないなら、作業療法の過程は機械によって代ることができるということになる。機械論的アプローチでは語られることが少ないが、セラピストは評価や治療というプロセスを管理する機械ではなく、あくまで人間としての存在の上に成立する[*2]。良い面だけではなく、悪い面もあるかもしれないが、セラピストが人間であってこそ作業療法サービスは成り立つ[*3]。たとえ妥当性や高い信頼性を獲得できたとしても、このことを忘

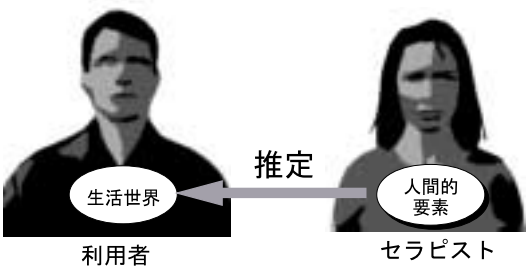


図 5.2　レリヴァンスの推定の前提となるセラピストの人間的要素

[*2] 勘のよい読者は実用化されている医療用エキスパート・システムを連想するかもしれない。しかしこれらのエキスパート・システムは有限の症状から有限の診断を導くことで成り立つ。この手法では各利用者ごとの無限のレリヴァンスと無限の体験は記述することができないので、作業療法のためのエキスパート・システムは不可能ということになる。

[*3] どんなに複雑な構造や手続きを持とうと、利用者やセラピストの人間的要素を抜きにした作業療法の理論や手順というのはというのは空論に過ぎない。多くの理論において、事例とは単なる演繹例ではなく、その構造のを支える基礎として働いている。

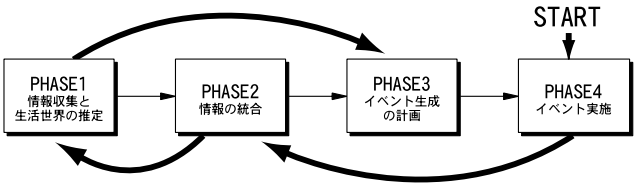


図 5.3　順序性にとらわれないアプローチ特性

れるなら、作業療法のサービスは否定されてしまうだろう。

■データの飽和化と手順の順序　ここで紹介する手順には理解しやすいように順序を振ってあるが、実際の運用はこの順序どおりに行う必要はない。むしろ実際の利用に際しては、機械論的アプローチを進める中で PHASE4 から入って利用者との体験のイベント化し、利用者とセラピストの信頼関係を構築しつつ、PHASE1 の中の必要な STEP をこなしていったほうが自然だろう。順序通りはじめたセラピストはすぐに手順どおりにプロセスが展開しないことに気がつくだろう[*4]。

手順が思うように展開しないとき、セラピストは焦燥を感じることなく、手順を変更すべきである。ときにはプロセスが停滞してまったく動かないように見えるかもしれない。そのようなときでも、利用者の体験は潜在的に進行していて、プロセスの展開は思わぬ創発 (Emergence) となって現れるだろう。セラピストはそれらの機会を敏感にとらえ、適切な手続きに入るべきである。

この手順は質的研究の手法を援用しているが、グランデッド・セオリーが主張するようなデータの飽和化を待たない [59]。概念が出現するまでデータの蓄積を続けて、サービスが形にならないようなことは現場では許されないだろう。確かにグランデッド・セオリーが主張するように、ときにセラピストは利用者の生活世界の追跡し、別のときには分析が停滞して何も出てこなくなるだろう。ただしサービスは現実を正確に記述するためにあるのではないのだから、分析が停滞しているときに、何らの操作も加えずに傍観しているというわけにはいかない[*5]。ここでは叙述データも簡素化し、基準も設けて分析を促進する手続きを踏むが、基準以外の概念の出現にセラピストは常に敏感であるべきである。継続可能なように記述量や分析手順を切り詰めているとはいえ、利用者のレリヴァンスよりセラピストの分析基準が優先してよいという理由はどこにもない。

[*4] 人間作業モデルが治療介入の原則のみを示し、明確な介入手順を示さないのはこのためである [24]。

[*5] 研究者は現実に即した理論構造を作り上げるために分析を行うのだから、体験に意図的な介入をしないで分析を終了することもあり得る。社会的スティグマの概念で有名なゴッフマンは、社会調査とは調査者が研究でフィールド (現地・現場) を「食いもの」にすることだと述べたことがある [72]。表現はゴッフマンの人柄によるものであるが、ある意味でこれは正しい。社会調査はメタの視点での社会のあり方を考察するので、直接フィールドに利益を還元することを目的としないことも多い。しかし社会調査と違って、作業療法サービスが利用者に直接利益をもたらすものであることを否定するセラピストは少ないだろう。

■分析の主体　現象学的アプローチにおける分析の利用者がセラピストとともに行うものである。機械論的アプローチのようにセラピストが分析過程を利用者の背後に押し隠してしまうと、このアプローチはまったく成立しなくなるだろう。セラピストにとって利用者の生活世界は未知のものである以上、生活世界のあり方に関しての指導や援助などできるはずもない。利用者が認識しない「無意識」や「客観的事実」など、利用者の生活世界には存在しない[*6]。セラピストの推論は常に利用者によって導かれるものである。

セラピストは機械論的アプローチのように「客観的論理」ではなく、自身の「感じ」をもとに利用者と出来事を共有し、体験を共感する。体験や概念を分節化し、身体的な意味を感得するのは利用者自身であるのだから、分析の主体はセラピストではなく、むしろ利用者であるといってもよい。セラピストはその分節化に立ち会い、確認する立場にある。

■イベント・メーキング　人間は人生の中で起こる出来事を完全にコントロールできない。仮にコントロールすることができるなら、人生は平板になり、その彩りも失われてしまうことになるだろう。このことは作業療法の中で展開される体験も例外ではない。セラピストがセラピーの中でできることやすべきことを前もって知ることは困難であるという指摘は正しい [24]。だからといって体験をすべて自然の成り行きに任せ、傍観しているというのではサービスとして成立が危ぶまれてしまう。ここでは作業療法のサービスに即してイベントを意図的に作り出すという立場をとる。

作業療法はクラフトやレクリエーションを通じて利用者に働きかける。その交流は意図したものであってもなくても、ときに利用者に大きな影響を与えるきっかけになり得る。セラピストが施設の中で「イベント屋」と目されるのを否定する必要はない。それらのイベントが分析に基づいて展開され、利用者の生活世界に何らかのインパクトを与えるのなら、イベントは利用者にとって重要な価値がある。ただしセラピストはイベントが利用者のレリヴァンスから乖離することがないように気を配るべきである。

機械論的アプローチの治療計画ではつねに時間的変化を考慮し、永続的な生活の獲得を目標としている。それに対し現象学的アプローチで扱うイベントは持続的なものというよりは、むしろ時間的な「点」として扱われるべきものである。人間の上に降りかかる出来事は生活世界にインパクトを与え、自らの解釈に従って生活を再構築する[*7]。利用者は時間的な「点」であるイベントによって触発され、ライフスタイルを自己組織化する。イベントは利用者の生活世界に何ら影響を及ぼさないかもしれないし、セラピストの予想をはるかに越えるインパクトを与える場合もあるだろう。利用者とともにイベントが生活世界に与える影響を確認し合うことは、イベントを利用者の人生に直に刻み付けることでもあ

[*6] 医学的事実も単にことなった「物のみかた」に過ぎない。

[*7] この考え方は人間作業モデルの自己組織化という点で同じものである。

り、また新しいライフスタイルの獲得にも影響を及ぼすものことにもなるだろう。

■機械論的アプローチとの関係　機械論的アプローチの章でも述べたが、問題解決と利用者の体験がまったく別のものだという認識は誤っている。利用者とセラピストとが協業して問題解決にあたる中で、問題解決は体験として認識され、利用者とセラピストに共有される。問題解決とその体験の意味を一枚の紙の裏表にたとえれば、セラピーとは利用者とともにその紙に穴をあけてゆくようなものである (図 5.4)。次元は違っても紙に穴があけば、両者に影響が出るし、一方が他方を無視することはできない。

イベントは意図的に行われたものだけでなく、問題解決の過程にも含まれている。利用者のレリヴァンスの中心を問題解決が占めているならば、イベントは問題解決過程に沿って組まれるべきである。問題解決の目標が達成されなかった場合にも、利用者とセラピストの間に何かが残るように感じるセラピストは多い。その何かこそが共有された体験である。この手順のように意図的にイベントを計画し実施しなくとも、問題解決の体験の意味に留意していれば、自然に現象学的な側面は浮かび上がってくるだろう。

問題解決の体験的側面をリーズニングに持ち込むことによって、セラピーの価値と認識は高まることになる。この体験的側面 (現象学的側面) は今まで機械論的アプローチだけでは説明することができなかった。問題解決の促進因子や阻害因子を説明することを可能にするだろう。

■精神障害分野との関係　この手順に関心を持ったセラピストは精神障害の分野への応用を考えるかもしれない。その関心はあながち誤りとはいえないが、推奨できるものではない。精神医学や精神障害者へのアプローチは、その領域に特殊化された形で、すでに現象学的視角を取り込んでいる。そこにここで紹介する概念や手順を組み込んでも、整合性を維持することは不可能だし、無理に組み込めば概念や手順が引き起こす不調和がアプローチ全体に波及する結果を招くだけだろう。

この手順はあくまで身体障害者の作業療法を前提としており、身体障害者に特殊化され

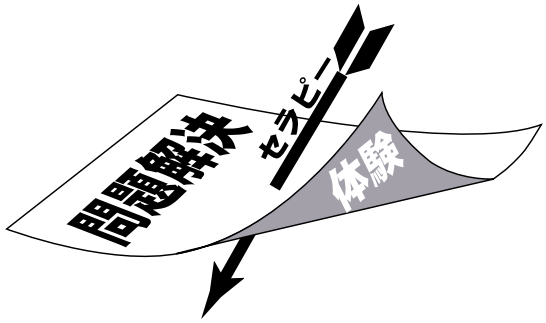


図 5.4　問題解決と体験の表裏一体

た機械論的アプローチとの連携を優先して設計されている。そのため精神障害者の認知的・行動的特徴などは一切考慮されていない。たとえ身体障害分野と精神障害分野の作業療法の目的が同じだとしても、構成要素の多くが対立したり、かけ離れたりすれば、論理的整合性を維持することが不可能になり、一貫したリーズニングができなくなってしまう。精神障害者への現象学的な取り組みは、精神障害者へのアプローチの理論構造を詳細に検討した後にあらためて開発されるべきものだろう。

逆に身体障害領域のリーズニングに精神障害の理論を援用するときにも注意が必要となる。身体障害分野のリーズニングに精神障害分野の理論を積極的に組み込むのは良い試みだが、精神障害の認知的・行動的特性がリーズニング全体の整合性を疎外する可能性は少なくない。仮に両者を包摂すると、理論構造が複雑になり、現場で小回りの利く手順を構築しにくくなるおそれがある。

PHASE1　情報収集とレリヴァンスの推定

現象学的アプローチの情報収集は、機械論的アプローチの評価のように計画的かつ系統的に情報を収集することができない。セラピストは利用者との信頼関係を築くにつれて、その生活世界の情報を入手できるようになる。情報収集と分析は同時にすすめられ、新しく入手した情報によって分析はつねに更新されてゆく。

STEP1　情報収集

このアプローチにおいてセラピストは利用者の生活世界へ「招待」を受けなければならない。現象学的アプローチでは機械論的アプローチでいう同意以上のものを必要とする (図 5.5)。「招待」は利用者とセラピストとの信頼関係[*8]の上に成立する。セラピストは利用者にアプローチの目的を説明した上で「招待」を要請し、利用者が出した「招待」を受けることになる。面接に先立って面接の材料となるエピソードなどを収集しておき、また利用者のアルバムや愛着のある小物などを用意してもらう (図 5.6)。面接は可能な限り利用者の居室や自宅などの、利用者の「テリトリー」で行うようにする。面接の内容は利用者の同意のもとで、テープレコーダーやメモを使って記録する。

情報収集の手順

1. 利用者に「招待を要請し、その「招待」受ける。
2. 家族またはケア・スタッフなどから利用者のエピソードを収集する。
3. 利用者または家族にアルバム、愛着のある小物を用意してもらう。

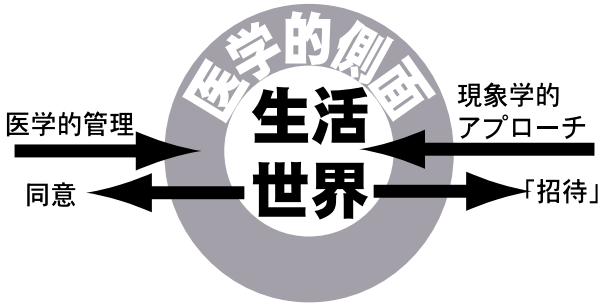


図 5.5　同意と「招待」

[*8] 通常ラポール (Raport) という言葉が使われるが、日本語で馴染みが薄いせいか、正体の不明なものとして扱われることが多いので、ここではあえて信頼関係とした。

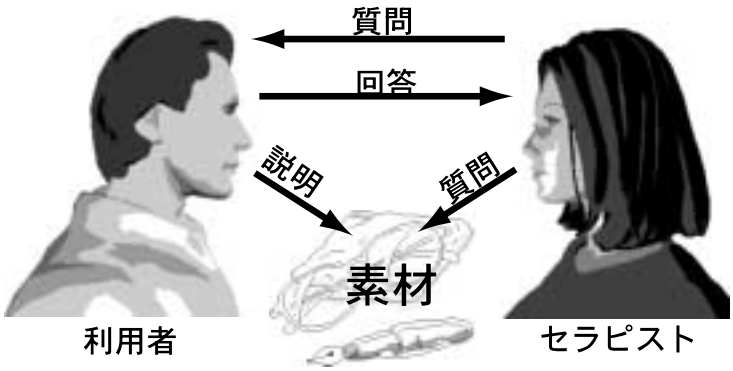


図 5.6　素材を介した面接

4. 写真・小物・エピソードなどを基にして利用者の「テリトリー」で面接を行う。
5. 利用者の同意のもとで面接の内容を記録する。

■解説　ここでいう「招待」が適切な用語かどうかは議論が分かれるところかもしれないが、このアプローチは単なる「同意」だけでは成立しない (図 5.5)。どのような用語を使ったにせよ、セラピストがこのアプローチに入るためには利用者との信頼関係をもとにして、利用者の生活世界に立ち入らなければならない。利用者の生活世界に立ち入るためには、セラピストは利用者に招かれる必要がある。イベント・メーキングに際して今度はセラピストが利用者をイベントに「招待」することになる。

同様の理由で面接は可能な限り利用者にとって馴染みのある場所で行われるべきである。ここではこの場所のことを「テリトリー」と表現している。面接は利用者の生活世界に立ち入るために行われるのであるから、可能な限り利用者に専有の空間 (利用者の居室や自宅など) で行われるべきである。利用者の「テリトリー」にセラピストが入ってゆくためにも、セラピストは利用者の「招待」を必要とすることになる[*9]。

ここでは情報収集の手法に面接を採用しているが、面接というのは非常に熟練を要する手法である。フォーマルな面接に馴れていないセラピストが、目的としている情報を効率よく入手するのは難しい。ここでは効率よく必要な情報を収集できるように、面接に先行してエピソードを収集したり、利用者にとって愛着のある小物やアルバムなどを用意してもらい、面接の困難さを軽減する手法をとっている [57]。これらを材料にして、利用者にそれらについての場所や人物などを語ってもらうようにする (図 5.6)。

利用者の生活世界に対してセラピストは常に「無知」の姿勢で臨まなければならない [19]。セラピストが外延的な解釈や指示を持ち出すと、利用者のレリヴァンスを歪める

[*9] 当然のことだが利用者の専有空間にセラピストが強引に入ってゆくことは許されない。

ことになりかねない。面接に際しては少なくとも次の点について留意すべきである[*10]。

- オープンエンドの質問を心がける (はい・いいえで回答する質問を避ける)
- 一回の質問に一つのことを聞く。
- 明確な質問をする。
- 「なぜ？」「どうして？」という質問を多用しない。

これらの面接は情報収集の方法だけではなく、利用者が自分自身のアイデンティティを語る場でもある。セラピストは利用者の話を共感を持って傾聴し、共感を示す必要がある。とくに機能や能力の喪失 (Functional Loss) を語ることは重用であるとされる。これらの語りは利用者にとっても、セラピストにとってもつらいものであるが、これらの喪失に対する悲嘆 (Grief) を無視すれば、意味のあるセラピーを生み出すことができなくなる [74]。また作業場面などのインフォーマルな面接も積極的に活用すべきであるが、利用者に情報収集の目的を明確に知らせ、多様な情報を収集するためにもフォーマルな面接は適宜実施すべきである。記録に関してはテープレコーダーを使う場合も、メモをとる場合にも面接のはじめに利用者の同意を得ておく必要がある。

面接のほかにもカナダ作業遂行測定 (COPM: Canadian Occupational Performance Mesure) [75] や作業遂行歴面接 (OPHI: Occupational Performance History Interview) [76] などを利用してもよいが、それらの手法はそれぞれの理論 [65, 24] を基盤にして設計されていることに留意すべきである。それらの理論的基盤を理解せずに手法のみを利用すると、リーズニングの内部構造に不整合が生じることがある。これらの手法を利用するならば、少なくとも理論の概略と手法との関係だけでもセラピストは知っておく必要があるだろう。

STEP2　ライフヒストリーの記述とマッピング

面接や行動観察などのデータをもとに記述用のメモを起こす。このメモは叙述内容の概略を示す項目 (アウトライン) であり、このメモに肉付けしてゆくように叙述データを記述する。叙述データは利用者に読んでもらい、必要があれば修正を加える。起こした叙述データの時間的順序を考え、ライフヒストリーへ位置づける (図 5.7)。

ライフヒストリーの記述とマッピングの手順

1. 記録 (オーディオ・テープや面接上のメモ) をもとに記述用のメモを起こす。
2. メモをもとに記述をまとめる。

[*10] Qualitative evaluation and research methods 2nd ed. をもとに最低限の注意をまとめたもの [73]。

3. 記述を利用者に読んでもらい、修正を加える。
4. 叙述データをライフヒストリーへ位置づける。

■解説　ライフヒストリーなどの質的研究では正確性を重視するため、分析者の先入観が叙述データを左右しないように、オーディオ・テープなどの記録を正確に記述に変換してゆく。この「テープ起こし」と呼ばれる作業は、質的研究においてかなりの時間と労力を要する [77]。利用者の体験と叙述データが乖離してしまうことは望ましいことではないが、この作業にかかる負担を軽減しなければ、この手法を現場の業務に持ち込むことができない。リーズニングを点検する手法であっても、現実の日常業務からかけ離れているのでは、点検の機能も半減しまうことになる。

ここではオーディオ・テープや面接上のメモから、記述用のメモを起こして叙述データを作成し、全体の記述量も減らす戦略をとっている。記述用のメモとは面接や作業の内容などを分類して、全体の流れをアウトライン化するものであり、そのアウトラインに肉付けしてゆくように叙述データを起こしてゆく。叙述データの記述量も A4 用紙 1 ページ程度の記述が現場で行える限界だろう。

このように叙述データを簡略化してしまうと、セラピストの先入観の影響が大きくなり、叙述データの正確性は低下することは否めない。他に良い方法があれば積極的に採用すべきであるが、断片化されたデータだけ[*11]では文脈を維持できないことに留意すべきである。正確性の低下は叙述データを利用者に確認してもらうことで、ある程度補うことができる。この確認作業は利用者とセラピストの信頼関係を深め、コミュニケーションを促進する働きもある。ただし結局のところ正確性を維持し、利用者のレリヴァンスを反映させるためには、文脈上の重要な何かに気がつくセラピストのセンスに頼らざる得ない。

面接を数回行っただけでは、ライフヒストリー研究のように人生全体を視野に入れたデータを期待することはできない。ただしセラピストが得たデータが断片的だとしても、それらのデータに意味がないとはいえない。それらのエピソードがライフヒストリー全体のどこに位置するのかをとらえておき、新しいデータが入手されるごとに空白を埋めてゆくようにする。実際ライフストーリー研究でもこのような手続きを繰り返すことで空白のないライフヒストリーを構築してゆく [45]。現場で展開するライフヒストリーは、研究と比較して記述量が貧弱になりがちで、完全に空白を埋めることは望めないが、それでも利用者のレリヴァンスを構成している内容をある程度把握することが可能になるだろう。

[*11] セマンティック・ディファレンシャル法 (Semantic Differential Method) のデータやカナダ作業遂行測定 (COPM) の数値データなどがこれにあたる。これらのデータ形式が無効なわけではなく、文脈を維持するためには他のデータ形式の併用が必要なだけである。実際にカナダ作業遂行測定などの多くの評価法は数値データを補う手法を備えている。

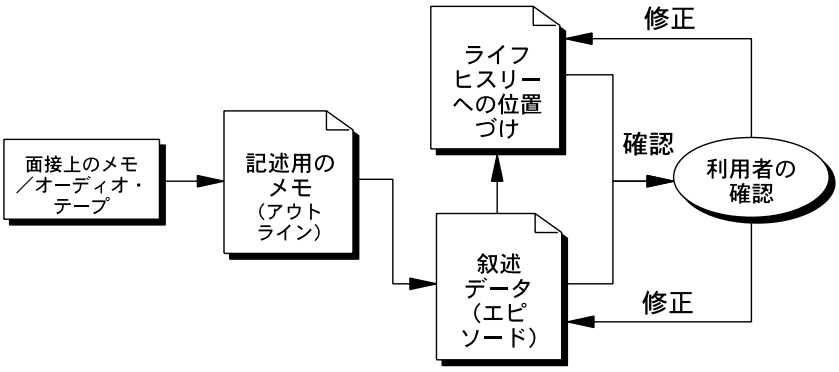


図 5.7　ライフヒストリーの作成の手順

STEP3　ライフヒストリーの分析

分析に先立って分析の基準を設定する。ライフヒストリー (叙述データ) は分析用にコピーをとっておく。分析の基準に従ってライフヒストリーの中から指標となる記述を選び出し、指標となる記述にアンダーラインなどで目印をつけておく。指標とは別にエピソードごとに区切りを入れ、エピソードの内容を具体的に表すコードをライフヒストリーに書き込む (図 5.8　例として pp**??**の表**??**を参照のこと)。ここでいうコードとは区切ったエピソードを表すタイトル (表題や項目) のようなもので、エピソードの内容を表す具体的なタイトルをつけ、それをコードとする。別の用紙に指標とコードを列挙し、コードと指標の関係性を考えて、メタ・コード (複数のコードを包摂するコード) を立てる。必要ならエピソードの再分割やコードの修正を行う。指標やコード、メタ・コードからレリヴァンスの推定を試みる。

ライフヒストリー分析の手順

1. 分析に先立って分析の基準を設定する。
2. 分析の基準に従ってライフヒストリーに指標をつける。
3. ライフヒストリーをイベントごとに分割する。
4. 分割したエピソードにコード (エピソードを代表するタイトル) をつける。
5. 指標とコードの関係性を考え、エピソードを分割・合成し、コードに修正を加える。
6. 指標やコードからメタ・コードを作り、利用者のレリヴァンスを推定する。

■解説　叙述データに分析用のコードを与える作業を質的研究ではコーディングと呼ぶが、この手順ではこれを簡略化した方法をとっている。叙述データをエピソードごとに分解して、それぞれのエピソードにコード (番号や単語) を振り、そのコード間の関連を分析

してゆく。ここではエピソードごとに内容を表現するので、そのコードはエピソードを表すタイトルのようになる。このコードを利用者と協同して作り出すことによって利用者の気づきが促され、分節化が行われることになる。

分析の基準はエピソードの原因を探り出すようなものではなく、エピソードの内容や意味を把握するようなものであるべきである。質的研究では後者をオープン・コーディング (Open Coding) で行ってから、必要があれば前者を軸足コーディング (Axial Coding)[*12]で行うという手順をとる [71]。セラピストは主に医学を基盤にしているため、エピソードの内容や意味より、因果関係や理論的な分類を重視してしまう傾向にある。しかし分類や因果関係が先行してしまうと、利用者の体験に枠にはめてしまう危険性が大きくなり、利用者にとっての意味を見失ってしまうことになりかねない。ここで分析の基準を設定する原則は以下のようなものである[*13]。

- 利用者は何をしている (いた) のか?　利用者が成しとげようとしている (いた) のは何なのか?
- 利用者は実際のところどのようにしてそれを行う (行っていた) のか?　利用者はどのような特定の手段や戦略を用いる (用いた) のか?
- 利用者はエピソードや今起こっていることをどのように語り、特徴づけ、理解しているのか?
- 利用者はどのような仮説を持っているのか?

この原則に加えて基準を設定するが、基準は単純で指標のつけやすいものにすべきである。セラピストの能力にもよるが、複雑な基準を設定してしまうと、分析が停滞してしま

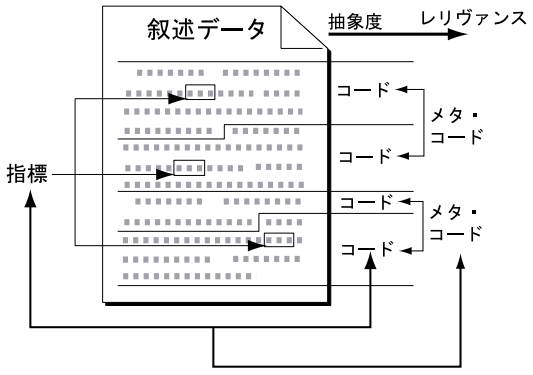


図 5.8　指標とコード

[*12] 焦点を絞ったコーディング (Focused Coding) とも呼ばれる [54]。

[*13] これらの原則はエマーソンらの「方法としてのフィールドノート」[54] の中の「有効な手がかりになる問い」をもとにしている。

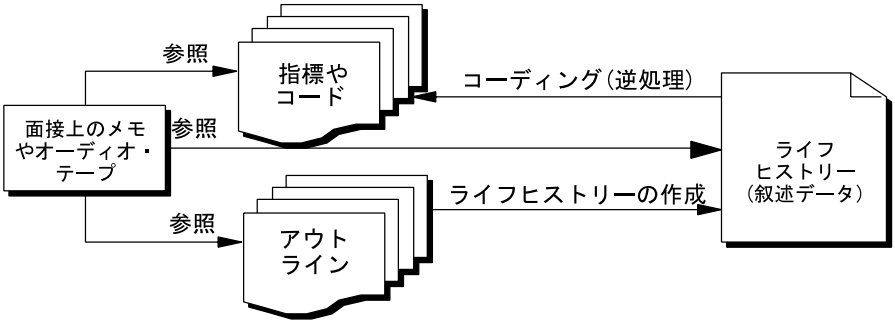


図 5.9　コーディングの逆処理的な性質

うし、データと指標との間に乖離が生じやすくなってしまう。基準の例は以下のようなものが上げられる。

- ポジティブな体験とネガティブな体験 (身体喪失 (Functional Loss) を含む)
- 時間的な位置づけと方向 (過去・現在・将来)
- 日常と非日常
- 時間的・空間的広がり (エピソードごと)

コードはなるべく叙述データの一部を切り取り、エピソードの内容を具体的に表すようにする。コードの抽象度が一気に増してしまうと、レリヴァンスの推定がデータから乖離してしまうことになりかねない [54]。必要ならば、コード間を比較してメタ・コードを立て、推論の度合いを明確にしておいた方がよい。メタ・コードを統合してゆくことで、利用者のレリヴァンスに徐々に近づいてゆくようにする。データが直接指示するものと推論により得たものは、明確に区別をつけておくべきである。

ここでは手書きを中心の手続きになっているが、ワープロやアウトライン・プロセッサーを使えば、作業にかかる負担を大幅に改善できる[*14]。ただし分析に際しては叙述データを必ず印刷して読まねばならない。叙述データに対する分析者の姿勢には記述モードと読解モードがあり、分析には読解モードが必要であるとエマーソンらは述べている [54]。画面上では分析者の姿勢は記述モードに偏る傾向にあり、分析が歪められる可能性が高い。

注意深い読者ならすでにおわかりのように、叙述データ作成の前にデータのアウトライン化という手法をとっているので、指標やコードをつける作業は、叙述データの生成に対する逆処理 (叙述データを再度アウトラインに戻す処理) にあたる可能性がある。厳密に

[*14] 叙述データに対して単語頻度分析を行う KH Coder©樋口耕一や KT2 システム©川端亮・谷口敏夫 (いずれもフリーウェア) を利用してもよい。これらのソフトウェアはコーディングを容易にし、妥当性を高めることにつながるだろう。単語の頻出度を変数に用いれば SPSS(©SPSS) などの統計ソフトウェアでの因子分析も容易になるし、この変数を SOMine(©Viscovery) に入力してコホーネン自己組織化マップを描けば、そこにレリヴァンスを推測する重要な概念の創発を容易にするかもしれない。

いえば、このような逆処理は誤差を大きくし、データを歪める危険性がある。この主な原因はコーディングの手法ではなくライフヒストリー生成の手法にある。作業の負担を軽減するためにあえてこのような手法をとったが、セラピストは分析に恣意的な枠を当てたり、データからかけ離れた推論を行わない配慮を常に払わねばならない。逆処理により不適切なコードを生成しやすくなることは否めないが、常に面接記録などに戻れるようにしておけば、叙述データを補強し、さらにデータを多様化することもできる (図 5.9)。

STEP4　レリヴァンスのモデル化

STEP3 で起こした指標とコードをカードに 1 枚づつ書いてゆく。カードを分類し、カードや分類間に関係線をいて、分類や関係性に注釈 (関係や分類を表現する単語や語句) を入れる。カードを分類する際、1 つのカードが複数の分類にまたがるときには、カードをコピーして同じものである目印をつけてから、各分類に入れる。完成した関連図からレリヴァンスを推定する。関連図を利用者に説明し、必要があれば修正を加える。

レリヴァンスのモデル化の手順

1. STEP3 で起こした指標とコード、メタ・コードをカードに書く。
2. カードを分類し、カードや分類間に関係線を描き、分類や関係性に注釈を入れる。
3. 関連性からレリヴァンスを推定して、関連図に書き込む。
4. 関連図を利用者に説明し、フィードバックを新しいカードにして加え、必要があれば修正を加える。

■解説　関連図を描くことで利用者のレリヴァンスをモデル化するが、あるセラピストは関連図から何かを読みとり、別のセラピストは混乱が増すだけかもしれない[*15]。関連図がセラピストの認知にどのような影響を与えるかは明確に把握できない。ただし理学検査の結果などの医学情報は科学－論理様式 (Paradigmatic Mode) になっているので、生活世界内の情報も比較可能な様式に変換しておくために、関連図は有効な方法である。また美しく描かれた関連図は利用者とセラピストの協業のシンボルとして働くかもしれない。

関連図の中の要素は事実と推論を区別しておくことが重用となる。可能であれば事実からどれくらい隔たった推論なのかを段階づけておくとよい。関連図は利用者に説明して確認をとるが、概念化されたレリヴァンスは利用者にも回答できないことがある。利用者との協業はこのアプローチの前提となるが、セラピストが引き出した結論で利用者を暗示に

[*15] 前者と後者の違いは情報の文字情報－図形情報に関係していると思われる。人間には文章を好む者と、図を好む者がいる。関連図などが有効なのは、おそらく後者のセラピストだろう。逆に前者のセラピストは関連図を描く前に何かを読み取ってしまっているかもしれない。

かけるようでは、利用者の害になることさえあり得る。セラピストは自分の出した結論に常に疑問を持っていなければならない。関連図は利用者の訴えにもとづいて直ちに描き変えず、新しいカードにして比較してから変更するようにする。

関連図は手で描いてもよいが、コンピュータ・ソフト[*16]を利用した方が、作成も修正も容易である。また関連性の分析やレリヴァンスの推定に利用できそうなコンピュータ・ソフト[*17]もあるが、残念ながらいずれのツールもレリヴァンスの推論やシミュレートを完全に行うことができない。仮にエージェント (システム内の構成要素のこと) に与える変数を設定できたとしても、エージェント間の関係性を関数で定義するのに困難を感じる。機械の認知からすると人間の認知は論理的跳躍が激しすぎるのだ。論理的跳躍は機械論的アプローチで制約を受けたが (pp82 を参照のこと)、それは人間間のことで、機械には人間の思考は前提から論理的に跳躍した結論を引き出すように見える[*18]。人間がこの論理的跳躍を埋める現象を、ゲシュタルト心理学では知覚の形態補完で説明し [29]、ポランニーは暗黙知で説明しようとする [70]。いずれにしてもこれら「隙間」を埋めるのは人間でしかなく、それがセラピーに人間的要素を必要とする理由のひとつになっている[*19]。

[*16] 関連図の作成に有用なコンピュータ・ソフトとして、インスピレーション (©スリースカンパニー)、VISO2000(©Microsoft) などの商用ソフトが上げられる。ただし iEdit(©Kondoh Masahiro(MH)) や MolipDrow(©福代昌之) などのフリーソフトでも十分な成果が得られる。

[*17] これらの関係性の分析に利用できそうなコンピュータ・ソフトとして以下のようなものがある (すべて「パソコン」程度で利用でき、ABS を除いてフリー・ソフト。ABS も試用は可能)。
SNePS(©Shapiro/SNeRG): 意味ネットワークを構成してそこから推論する。
MSBS(©Microsoft): エージェントに信念確率を設定して、確率変動を計算する。
Swarm(©SntaFe Institute/SDG):構成要素間の関係から全体の動きをシミュレートする。
ABS(©構造計画研究所):Sarm のプログラムを容易にしたもの。

[*18] コンピュータの操作に経験のある読者は逆のことを想像するかもしれない。機械はインターネット・ウェブのようにある概念から、別の概念に跳ぶことができる。しかし機械にとってはスクリプト (指示となる記述) があるので論理的跳躍とは認識されない。ちなみにコンピュータ上の概念存在を扱う分野をオントロジー (Ontology) と呼ぶが、この語源が哲学上の存在論を示すものであることは興味深い。

[*19] この「隙間」を埋める人間の機能を利用した方法が、機械論的アプローチの将来像構築 (pp87) や問題点抽出 (pp89) で説明した、KJ 法における周辺視的な思考である。

PHASE2　生活世界の外部の情報の統合

仮に利用者のレリヴァンスの推定と記述が不完全ながらできたとしても、外部の情報と関連づけられなければ、サービスの役には立たないだろう。サービスは利用者の生活世界の内部と外部の調和の上に成り立つ。ここでは機械論的アプローチの治療計画も含めて生活世界の外部の情報を確認し、生活世界の情報との差を確認し、分析の上で調整を図る。

STEP1　医学情報・環境・文化の確認

利用者の背景にセラピストと異なった文化があれば確認しておき、環境や道具、材料などの文化的意味を明確にして記述する。利用者の現在および予測される将来の、物理的・社会的環境を把握し、その要点を記述する。また医学的な現在の状態 (症状・機能・能力など) と予測される状態を明確にし、その要点を記述する。さらにリハビリテーション・サービスで扱う問題解決の時期を明らかにする (表 5.1)。収集されたデータの中の事実部分と予測部分を判断し、それぞれに目印をつけておく。

医学情報・環境・文化の確認の手順

1. 利用者の現在および予測される将来の物理的・社会的環境を明らかにして記述する。
2. 利用者の背景にセラピストと異なった文化があれば確認しておき、環境の文化的な意味を確認して記述する。
3. 医学的な状態と予測される状態を明らかにして記述する。
4. リハビリテーション・サービスで扱う問題解決の時期・環境を明らかする。
5. 収集されたデータの事実部分と予測部分を区別し、目印を振っておく。

■解説　環境に含まれる人、規則、道具、材料などは文化的背景によってその意味が異なってくる [78]。日本は地域による文化差が少ないが[*20]、それでも地域によって文化差

表 5.1　医学情報・環境・文化の把握の例

	現　在	→→→	将　来
症状・機能・能力	移動レベル=車椅子	→→→	移動レベル=杖歩行
物理的環境	施設内	→→→	家庭内
社会的環境	ケア・スタッフ	→→→	家族
リハ・サービス	↑	(介入の目標とする時期)	

[*20] 日本は地域による文化差は少ないが、単一民族国家でも、単一文化国家でもない。

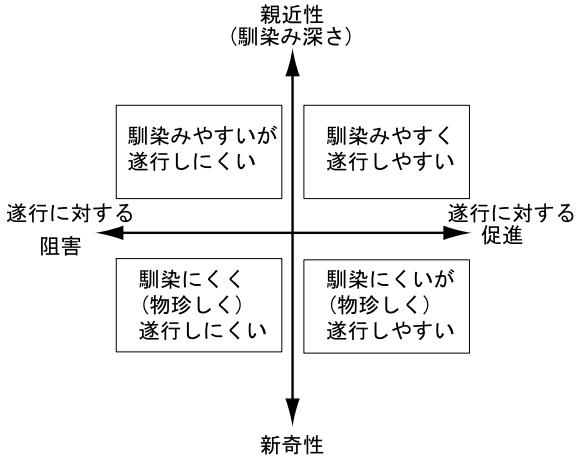


図 5.10　環境の促進－阻害と親近－新奇

はある。たとえばある施設は山岳地域と海岸地域のほぼ中央に位置しているが、両地域の利用者の文化がかなり異なるようである。環境には活動遂行に対する促進－阻害という次元もあるが、同時に文化や生活世界に対して親近性 (馴染み深さ) －新奇性という次元もあり得る (図 5.10)。

医学情報・環境の収集と分析は機械論的アプローチでも行われるので、通常セラピストはこれらの情報収集や確認に戸惑うことはないだろう。ここでは環境と医学情報を扱っているが、アプローチによっては情報がどちらかに偏る場合もあるだろう。

環境も医学情報も固定的な点ではなく、現在から将来への線的な動態を含んでいる。機械論的アプローチも障害を点ではなく、変化過程として扱っているはずであるが、往々にしてセラピストの情報には点として捉えられていることが多い。その理由ひとつは情報の多さにある。ここでは情報を縮減することで、これらの情報を線として捉え直し、機械論的アプローチが変化過程のどの時点を目標に介入しているのかを明確する役割も持っている。そのため記述は要点だけにし、詳細部分はむしろ省略したほうがよい (表 5.1)。

リハビリテーション・サービスが介入する時期は必ずしも現状とは限らず、予測にもとづいて治療計画が組まれることもある。機械論的アプローチでも述べたが、環境や症状を完全に予測することは不可能であり、機械論的アプローチは常に不安定な予測の上に成り立っている。セラピストは不確定を理由に予測を躊躇する必要はない。現状にもとづいて予測を行い、新しい情報によって予測を更新すればよい。ただし収集した情報は事実なのか、推論を含む予測なのかは明確に区別しなければならない。

STEP2　家族や専門家が描く将来像

フォーマルまたはインフォーマルなコミュニケーションを通して、家族やケア・チームが利用者の将来像をどのようにみているのかを把握する (表 5.2)。同様にして専門家が感じている利用者の将来像を把握する。それぞれの立場が医学情報・環境の情報 (PHASE2-STEP1) をどの程度把握しているか (情報の密度と分布) を確認し、各将来像と照らし合わせる (表 5.3)。

家族や専門家が描く将来像把握の手順

1. フォーマル／インフォーマルなコミュニケーションを通して、家族やケア・チームが利用者の将来像をどのようにみているかを把握する。
2. フォーマル／インフォーマルなコミュニケーションを通して、専門家が利用者の将来像をどのようにみているかを把握する。
3. それぞれの立場における医学情報・環境情報の分布を確認する。
4. 各将来像と情報の密度と分布を照らし合わせる。

■解説　通常、施設内に勤務するセラピストが家族と直接コミュニケーションをとる機会は少ないが、現象学的アプローチを中心にリーズニングを行うならば、セラピストは積極的にその機会を作るべきである。

リハビリテーション・チームの専門家が描く利用者の将来像を把握する際には、インフォーマルなコミュニケーションを可能な限り活用する。ここでいう将来像は外延的知識をもとにしたものではないので、専門外のことであってもよい。専門家がデータから利用者の将来像を導いているとは必ずしも言いきれない (pp87 を参照のこと)。むしろ「直感的」な将来像もとに「つじつま」の合うリーズニングを組み立てていることが多いようである (将来像とリーズニングの間に不整合が生じる場合には、将来像を再構築するよりも、リーズニングを調整するほうが一般的なようにみえる)。フォーマルなコミュニケーショ

表 5.2　将来像の例

主体	将来像
利用者	半年後退院・家庭復帰・1 年後復職
家族	半年後退院で家庭復帰、リハ継続後復職
医師	3 ヶ月後転院・リハ継続後施設入所
理学療法士	半年後退院・日中留守居にて家庭復帰
作業療法士	半年後退院・家庭復帰後・町内会活動
ＭＳＷ	半年後退院・デイサービス利用で家庭復帰

表 5.3　情報の密度と分布の分析例

		利用者	家族	MD	PT	OT	MSW
疾患	予後	×	×	◎	○	○	○
	リスク管理	×	×	◎	△	△	×
	合併症	×	×	◎	○	△	×
機能	運動機能	△	×	◎	◎	○	○
	認知	△	×	○	○	◎	△
能力	起居移動	△	×	○	◎	○	△
	セルフケア	△	×	○	◎	◎	△
環境	遊び	◎	◎	△	×	△	×
	仕事	◎	◎	△	×	△	×
	病院	△	△	◎	◎	◎	◎
	家庭	◎	◎	×	×	×	△
	地域	◎	◎	×	×	×	×
	社会資源	×	×	△	○	○	◎
文化	家庭	◎	◎	×	×	×	×
	地域	◎	◎	×	×	×	×

ンではこれらの「直感的」な将来像がリーズニングから隠されてしまい、それがチーム全体が持つ将来像を曖昧にしてしまうことになる。インフォーマルなコミュニケーションでは論理的な制約から解放されるため、コミュニケーション上にそれらの「直感的」な将来像が出現しやすくなる[*21] [23]。

フォーマル、インフォーマルにかかわらず、情報収集のコミュニケーションに際しては、専門家が持っている「直感的」な概念を優先して聞き出さなければならない。はじめは根拠を求めず、専門家が抱いている「イメージ」を把握するべきである。利用者との面接と同様に専門家とのコミュニケーションにおいても因果関係の把握を優先すべきではない (pp114 の面接上の留意点と pp117 の分析の基準を設定する原則を参照のこと)。

リハビリテーションの専門家だけではなく、利用者の周辺で働く看護助手や清掃員などのケア・スタッフがリーズニングのための重要な情報を把握している場合がある[*22]。それらのスタッフはフォーマルなコミュニケーションから外されてしまい、往々にして重要な情報がリーズニングから欠落することがある。

STEP1 で把握した情報はあくまで局所的であり、全体を示すものではない。ここで導き出した情報の分布は包括的なものではなく、セラピストが局所的に認識している分布にすぎない[*23]。そのため情報の密度と分布がそれぞれの将来像の裏付けにはならない。

[*21] インフォーマルなコミュニケーションにまで注意を払わなければならないというのは、セラピストにとって過剰な要求かもしれない。セラピストのオフィシャルな時間とプライベートな時間に「線」を引くのは難しい。「線」の位置や明瞭度は各セラピストににまかされているといえるだろう。

[*22] 専門家より清掃員が利用者の重要な情報を把握しているというのは、単なる「笑い話」ではない。優秀とされるセラピストは往々にして専門家以外のスタッフとのコミュニケーションに注意を払っていることが多い。

[*23] 機械論的アプローチと違って、セラピストの視点はシステム内の局所にあることを常に認識すべきである。

STEP3　情報の統合と分析

利用者のレリヴァンス (PHASE1) と医学情報・環境・文化の情報 (PHASE2-STEP1) をひとつの紙面上にまとめて、関係性を確認する (図 5.11)。レリヴァンスと不調和な関係の情報を抽出し、利用者が認識していない情報を確認する。利用者のレリヴァンス (PHASE1) から得られる将来像と家族や専門家が描く将来像 (PHASE2-STEP2) をひとつの紙面にまとめて、関係性を確認する。それぞれの将来像の差を確認し、到達可能な将来像をいくつか上げる。到達可能な将来像を物語様式にして記述し、ライフヒストリーにマッピングする (表 5.4)。

情報の統合と分析の手順

1. 利用者のレリヴァンスと医学情報・環境・文化の情報 (PHASE2-STEP1) の関係性を確認する。
2. レリヴァンスと不調和な関係の情報を抽出し、利用者が認識していない情報を確認する。
3. 利用者のレリヴァンスから得られる将来像と家族や専門家が描く将来像の関係性を確認する。
4. それぞれの将来像の差を確認し、到達可能な将来像をいくつか上げる。
5. 到達可能な将来像を物語様式にして記述し、ライフヒストリーにマッピングする。

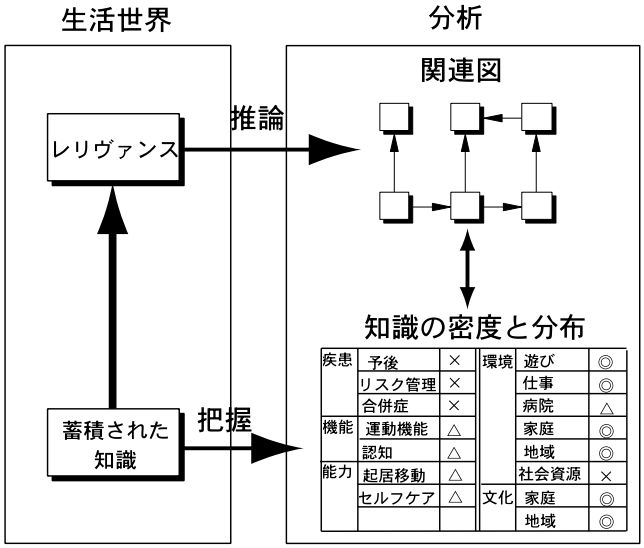


図 5.11　レリヴァンスと情報の参照

表 5.4　物語様式の将来像の例

将来像＃ 1	3 ヶ月で麻痺がある程度回復し、杖と装具で歩行ができるようになり、病院内での身の回りのことが自立する。自宅に合わせた訓練をつづけ、麻痺は残るものの身の回りのことは自立し、単独で外出できるようになって家庭に戻る。日中は留守居をして過ごすが、町内会の仕事を引き受け、空いた時間は庭木の手入れをして過ごす。
将来像＃ 2	半年で麻痺はある程度回復し、車椅子で身の回りのことが自立するも、歩行は実用的にならない。家庭の状況から家庭復帰を断念し、施設利用待機のため療養病棟へ転棟する。訓練は維持程度に継続し、車椅子で病院の花壇の手入れをして過ごす。１年後に施設入所する。短距離の平地歩行なら可能となり、施設での生活は介助なしで可能。施設の花壇の世話を引き受けて過ごし、週１度家族が面会に訪れる。

■解説　STEP2 でも述べたように PHASE2-STEP1 で把握した医学情報・環境・文化についての情報はあくまでセラピストが局所的に把握しているものである。さらに利用者の生活世界の論理性の密度は均質ではないので、利用者のレリヴァンスと情報の密度が必ず一致するとは限らない。医学情報・環境・文化の情報と利用者のレリヴァンスの整合性は、セラピストが把握しているレリヴァンスの程度と利用者の生活世界の論理性の密度に依存している。利用者とともに検討すればこの三者の関係はある程度明確になる。ただし利用者への医学情報の開示についてはリハビリテーション・チームの合意のもとになされるという、機械論的アプローチ上の制約には留意する必要がある。

到達可能な将来像を物語様式に記述することで、利用者や家族も専門家が描いている将来像を把握しやすくなる。医学情報として一般的に使われる科学－論理様式 (Paradigmatic Mode) は論理的な構造や関係性の把握には優れるが、読み手が外延的知識で文脈を補完しなければならない。一方物語様式 (Narrative Mode) のデータは現象の体験的な把握や、類推に優れている [34]。将来像を物語様式で記述することは、利用者や家族が専門家が把握している将来像を把握しやすくなるだけでなく、セラピストにとっても将来像を現実的に想像する手がかりとなるだろう。

将来像を物語様式で記述すると、予測を直感的にとらえやすくなる反面、確定的な印象を与えやすくなる。この点で将来像はよくも悪くも、利用者やセラピストの行動にバイアスを与えてしまう可能性がある。このことをマートン,K,R. が「予言の自己成就 (Self Fulfilling Prophecy)」として指摘している[*24] [79]。たとえばある人が犯罪を行いそうだと

[*24] マートン,K,R. は「逸脱の社会学」でも有名だが、学派でいうとパーソンズ,T にならぶ機能社会学の大家となる。

多くの人が思うと、その人は実際に犯罪を行ってしまう。人間が真実であると信じることは、その結果を実現させるような背景を作ってしまうことになる。社会によって分節化された概念というのは、その社会において事実として認知されるようになる。

現象学的アプローチでは将来像には単なる仮定以上の作用があることを認識しなければならない。将来像は常に更新可能で、変更可能な未来にあるだけでなく、現在のレリヴァンスに大きな影響を与える。そのことを認識しないと、利用者にとっても、セラピストにとっても将来像はゆがんだ現実を作り出すことになりかねない。「成就しない良い予言」(つまり到達不可能な「バラ色の将来像」) にも問題はあるが、「成就する悪い予言」(つまり到達可能な「悲惨な将来像」) はさらにひどい問題を引き起こしてしまうことになる。楽天的であることがセラピストとしての重要な資質とされるのはこのためである [80]。しかし残念ながら、一般的な傾向としてセラピストや専門家は利用者や家族より、悲観的な将来像を描く傾向にある [20]。

STEP4　情報の共有と機械論的アプローチの調整

ライフヒストリーにマッピングした物語形式の将来像を利用者と確認し、それをもとにレリヴァンスの関連図を修正する。STEP3 で確認した将来像の差をもとに、機械論的アプローチ上の調整を図る (機械論的アプローチの pp87 の LEVEL2-STEP4 と pp95 の LEVEL3-STEP2 を参照のこと)。

情報の共有と機械論的アプローチの調整の手順

1. 将来像をもとにレリヴァンスの関連図を修正する。
2. 物語形式の将来像を利用者と確認する。
3. レリヴァンスや将来像の差をもとに、機械論的アプローチ上の調整を図る。

■解説　作業療法の機械論的アプローチにおいてレリヴァンスが強い影響を与えるのは、作業活動の選択の問題だろう (図 5.12)。作業活動を生活を構成する諸活動としてとらえた場合、機械論的アプローチによりそれらの作業活動の遂行に対して治療的介入を図る。このときどのような生活を構成し、どの作業活動を中心とするかはレリヴァンスと将来像が与える影響が大きいことは明らかである。

各専門家の描く将来像が論理的にどのような情報をもとにしているかは、それぞれの専門家のリーズニングに依存している。これらについてはカンファレンスなどで取り上げられ、機械論的アプローチ上で処理される (pp95 の機械論的アプローチの手順の LEVEL3-STEP2 を参照のこと)。ただし利用者や家族・ケアチーム、さらには専門家が直感的持っている将来像がカンファレンスの話題になることは少ない。しかし専門家のリー

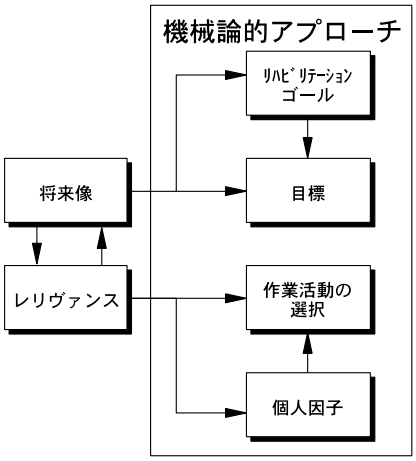


図 5.12　将来像とレリヴァンスが機械論的アプローチに与える影響

ズニングは直感的な将来像を前提としている場合が多いので、それらを考慮して情報を共有することは、機械論的アプローチに重要な影響を与えるだろう。

物語形式に記述した将来像の提示によって、利用者や家族も専門家が描いている将来像を把握しやすくなる。ただし STEP3 でも述べたように、それらは予測にもとづく将来像であって、変更可能な未来であることを念頭において説明しなければならない。この前提を踏まえた上で、適切な時期に将来像が利用者や家族にもたらされることは、機械論的アプローチの効果の向上につながるであろう。

PHASE3　イベントの計画

推定したレリヴァンスをもとにイベントの計画を立案する。ただし機械論的アプローチの治療計画とは性質がまったくことなる。機械論的アプローチを永続的な生活を目標とした経時的な「線」とするならば、イベントは「線」上にあるの「点」である。そしてイベントの計画は達成すべき目標をを設けないし、治療プログラムのようにセラピストの具体的な行動も決定しない。イベントの計画はあくまで目安であり、イベントが利用者とセラピストにもたらす意味を気づきやすくするものに過ぎない。利用者とセラピストに起こることは、計画通りにコントロールできるものではない。

STEP1　テーマの決定

利用者のレリヴァンスを関連図で確認し、イベントの「強さ」とイベントのテーマを決定する (図 5.13)。ここでいうイベントの「強さ」とはイベントの浸透度と類似性のうち、とくに浸透性のことを指し、テーマは類似性を考慮して決定する (浸透度と類似性については pp55 を参照のこと)。テーマを関連図に挿入し、イベントが与える意味を推測する。

テーマ決定の手順

1. 利用者のレリヴァンスを関連図で確認し、イベントの「強さ」を設定する。
2. 利用者のレリヴァンスを関連図で確認し、イベントのテーマを決定する。
3. テーマを関連図に挿入し、イベントが与える意味を推測する。

■解説　仮にレリヴァンスの推定が確かでも、強い浸透力のあるイベントは設定すべきではない。イベントの浸透力が強すぎると、利用者のレリヴァンスの中心領域で体験を拒まれてしまうだろう。イベントは利用者の探索行動を導くものであり、あまり強いインパクトを狙うべきではない。

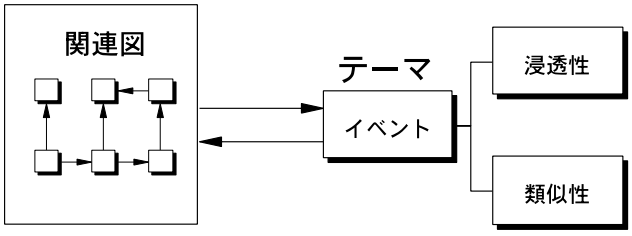


図 5.13　イベントのテーマの決定

イベントのテーマが数と計画するイベントの数は同じではない。ひとつのイベントが複数のテーマを持つ場合もあるし、ひとつのテーマでイベントの大きさを分け、複数のイベントを実施することもできる (PHASE3-STEP2 を参照)。テーマは利用者のレリヴァンスに類似するものを選択するが、関連図からテーマを決定するには、機械論的アプローチの将来像構築 (pp87) や問題点抽出 (pp89) で使った KJ 法の周辺視的な思考が有用なことがある。「見ているようでいて見ていない状態」を意図的に作り出し、各カードの要素を俯瞰することによって、そこに何かが浮かび上がってくるかもしれない。[*25]。

特別なテーマのイベントでなくとも、利用者のレリヴァンスと乖離していなければ、機械論的アプローチに合わせた「機能の改善」や「能力の向上」のようなテーマでもよい。機械論的アプローチでは語られることが少ないが、「機能訓練」というのは機能的損失 (Functional Loss) に対する一種の「悲哀の仕事」(Mourning Work / Grief Work) の意味がある [81]。利用者が十分な機能訓練を受けたと思っていると、機能回復に固執しなくなることはよく言われることである。セラピストとともに機能訓練を行いながら、利用者は良い意味で機能回復に対する期待を徐々に失速させ、新しい可能性を探索しはじめる。

テーマの決定やイベントの計画にもっとも必要な要素はユーモアや冒険である。ユーモア (Humor) とは人間の心に訴えかける喜びであり、人間の治癒力に大きな影響を与える [82]。冒険は日常を離れ、遷延する悲嘆を和らげる[*26]。緻密な分析や計画も必要だが、ユーモアや冒険心がなければ優れたセラピーにはならないだろう[*27]。

STEP2　イベントの設定

テーマに合わせてイベントを計画する。まずイベントの「あそび」を設定する。イベントの「あそび」というのはイベントの進行をどれくらい成り行きにまかせるかを指し、「あそび」が大きければ計画は粗くなり、「あそび」が小さければ計画は密になる (図 5.14)。

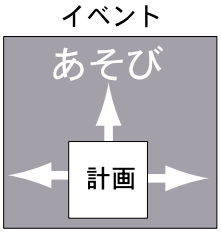


図 5.14　イベントの「あそび」

[*25] SOMine(©Viscovery) などでコホネンの自己組織化マップを作成してみてもよい。
[*26] 一時的な悲嘆は免疫力を上げ、遷延する悲嘆は免疫力を低下させる [83]。
[*27] 映画「パッチ・アダムス」の「スパゲッティのプール」がこのよい例だろう。

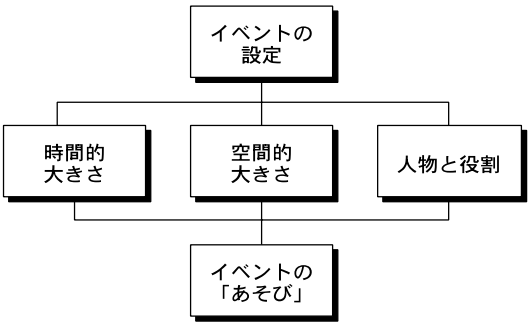


図 5.15　イベントの設定

「あそび」にあわせて時間的、空間的大きさを設定し、利用者とセラピストも含めて登場する人物とその役割を設定する (図 5.15)。さらにイベント実施の際の危険を見積もり、イベントがライフヒストリーの中でどのような方向を持つかを検討する。

イベント設定の手順

1. イベントの「あそび」を設定する。
2.「あそび」に合わせてイベントの時間的、空間的な大きさを設定する。
3.「あそび」に合わせてイベントに登場する人物と役割を設定する。
4. 実施の際の危険を見積もる。
5. イベントのライフヒストリーの中でどのような方向を持つかを検討する。

■解説　イベントがドラマの要素を持っていたとしても、シナリオのように細かい進行を計画できるわけではない。計画できるのはドラマの舞台と配役程度のものである。詳細な設定はしても意味がないし、計画に固執するとイベント自体が台無しになる可能性が高い。計画の粗密さはイベントの「あそび」に左右されるが、「あそび」のないタイトなイベントは計画すべきではない。計画が粗いからといって、イベントの効果が低くなるわけではない。イベントの効果は、セラピストがイベントの実施の際に生まれつつある体験にいかに注意をはらうかに依存している。

イベントの時間的、空間的な大きさはイベントの「強さ」に直接反映しない。時間的な大きさが利用者に強い浸透力を与えるとは限らないし、ほんの一瞬で終わるイベントが強い力を持つこともある。時間的に大きいイベントの中に小さいイベントを含ませ、ひとつのテーマに従って複数のイベントを編成することもできる。また空間的な大きさは現在の日常からの離脱の目安になるだろう。イベントは「あそび」に合わせて時間的、空間的な大きさや人物を設定するが、イベントは利用者とセラピストの二人だけで行うとは限らない。集団の中にあってもイベントは成立するし、むしろ集団の力動が発揮する効果に期待

することもできるだろう。この意味でレクリエーションなどの場面や施設行事はイベント・メーキングに効果的に利用できる。

当然イベントの実施にともなう危険は見積もらねばならないが、「あそび」が大きければ、当然危険を完全に予測することはできない。セラピストは事前に危険を排除するのではなく、むしろ実施の際の「起こりつつある危険」に対して敏感に対処すべきである。危険を恐れるために「あそび」を小さくすると、イベントは形にとらわれたものとなり、その意味を失ってしまうだろう。

ライフヒストリーの中での方向性の検討は機械論的アプローチのような目標を指すものではない。イベントは時間的に近接する領域に対して作用し、その方向性はあくまで推測となる[*28]。イベントが特定の目標に導くようになってしまうと、それは予定調和を前提とした機械論的アプローチになってしまうだろう。

STEP3　機械論的アプローチへの影響

イベントが機械論的アプローチの目標に対する影響を推測する。さらに機能や能力、作業活動の遂行にどのような影響を与えるかを推測する。必要に応じてイベントの計画を修正する。

機械論的アプローチへの影響確認の手順

1. イベントの機械論的アプローチの目標に対する影響を推測する。
2. イベントの機能や能力に対する影響を推測する。
3. イベントの作業活動への影響を推測する。
4. 必要に応じてイベントの計画を修正する。

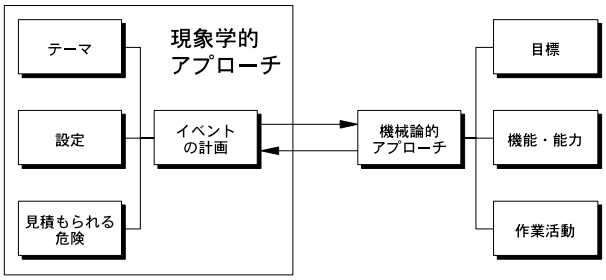


図 5.16　イベントの機械論的アプローチ対する影響

[*28] 時間的に近接する領域を観察対象とするといのは、マルチ・エージェントの複雑系や内部観測の概念に近い [21, 52]。

■解説　この部分ではイベントの計画を機械論的アプローチから見直す (図 5.16)。計画されるイベントがいかに利用者のレリヴァンスに沿っていたとしても、機械論的アプローチと乖離して、利用者や社会に害を与えるものであっては医療サービスから外れてしまうことになる。作業療法が医療サービスとして成立する以上、利用者が望んでいたとしても、医学的倫理に反するサービス (たとえば自傷や反社会的行為) は行うべきではない。

生活の質は生命に優先するという考えは明らかに誤っている。「生命に時間を継ぎ足すことだけではなく、時間に生命を吹き込むことである (“Not only to add time to life but also to add life to time”」というラスク,H の教えは、生活の質と長さの両立の上にリハビリテーションが成り立つことを示している。現象学的アプローチは必要ではあるが、だからといって機械論的アプローチに優先するものではない。

PHASE4　イベントの実施と分析

セラピストは計画にもとづいてイベントを実施するが、計画されたイベントではない出来事についても記録と分析を行う。サービス開始時点でイベントを計画するよりも、自然に起こった体験の記述と分析を続ける中で、利用者との信頼関係を構築してゆき、レリヴァンスの推定に進んだ方が自然な形で展開できるだろう (図 5.17)。

STEP1　イベントの実施

計画されたイベントを利用者と一緒に実施する。さらに計画外の出来事に対して、そこに生まれつつある体験を常に意識する。セラピストは自分の「感じ」に素直になり、利用者にその感じを表明する。出来事を共有し、体験を共感する。イベントの実施や出来事に際して、セラピストは常に危険を察知し、回避するように努める。

イベント実施の留意点

- 生まれつつある体験を意識すること
- セラピスト自身の「感じ」に素直になり、利用者に表明すること
- 出来事を共有し、利用者の「感じ」を共感すること
- 危険を察知し、回避すること

■解説　セラピストが生まれつつある体験を意識するためには、分析的思考を一時停止させて、自分の素直な「感じ」に気がつかなければならない。これはエスノグラフィーや現象学でいう判断の一時停止 (Epoque) と呼ばれる操作である[*29]。機械論的アプローチに慣れたセラピストにとっては分析的思考を停止させ、自分の素直な「感じ」に気づくのは難しいが、セラピストは自分の「感じ」を大切にして、利用者に率直に表明する必要があ

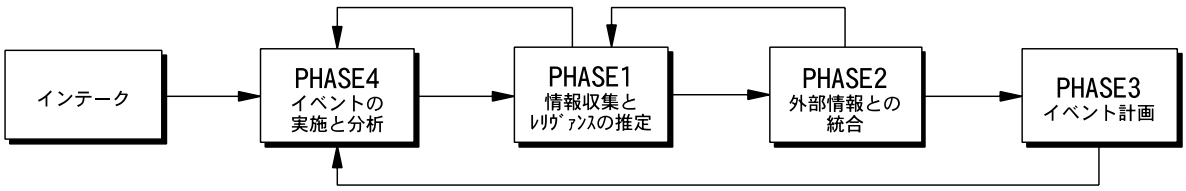


図 5.17　イベント実施を先行させる流れ

[*29] 実際には分析的思考は停止せず、「感じ」と併存して相互浸透の関係に入る。

る[*30]。このことは予測を捨て、利用者との間に起こりつつあることに気を配ることであって、セラピストの「気まま」な振る舞いを許すことではない。

分析的思考は危険の察知と回避のみに注がれるべきである。ただしここにいう危険は即時的に利用者や周囲に害のあることを指す。機械論的アプローチに慣れた思考は、時間的に先の危険や影響を予測するが、このことはかえって生まれつつある体験を妨げてしまう場合がある。何が危険なのかはその場のセラピストの判断に委ねられるが、あらゆる危険を未然に防ぐなら、人間の体験は何も成り立たなくなってしまうだろう[*31]。

STEP2 イベントの記録と分析

イベントや体験を物語形式で記述する。これを叙述データとし、PHASE1-STEP3 と同様にコーディングを加えることで分析を行う (コーディングの手法については pp116 を参照のこと)。分析により利用者のレリヴァンスを推定し、関連図に挿入する (または新しく作成する)。さらにイベントや体験をライフヒストリーや将来像に位置付ける (図 5.18)。叙述データや関連図をもとに利用者と体験について話し合い、修正を加える。

1. イベントや体験を物語形式で記述する (叙述データ)。
2. 叙述データにコーディングを施す。
3. 指標やコードからレリヴァンスを推定し、関連図に挿入する。
4. イベントや体験をライフヒストリーや将来像に位置づける。
5. 叙述データや関連図をもとに利用者と体験について話し合い、修正を加える。

■解説 イベントや体験の分析はライフヒストリーの分析 (PHASE1-STEP2 と PHASE2-STEP3) で用いた手法を使っている。このとき推定したレリヴァンスは利用者がどのようにイベントや出来事を解釈し、ライフヒストリーや将来像に位置づけるかを推測する手が

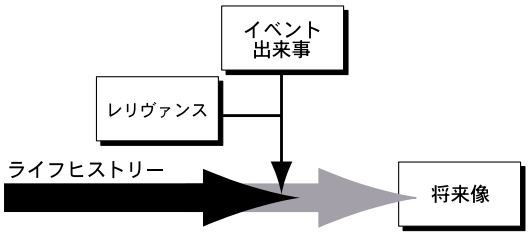


図 5.18

[*30] これこそが本来の「自己の使用 (Use Yourself)」といえるだろう。

[*31] 「もし霧の谷を遮ってしまえば、そこに差す光の美しさも失われてしまうだろう」[84]。人生の起伏は安全と危険の間に描かれ、意味はそこに現れる。

かりとなる (図 5.18)。PHASE1 では分析に先だっていた操作を、ここでは分析の後に行うようにし、作業療法での体験を分節化できるようにする。

このプロセスはセラピストが単独で行うものではなく、利用者とともに行うことを前提としている。これらの分析は利用者が体験を分節化するために行うものであって、アプローチの中核となる過程である。機械論的アプローチのようにセラピストが分析を利用者の背後に持ち去ってしまうと、このアプローチは成立しなくなる。むしろ分析は利用者が行うものであって、セラピストはその過程をうながす立場にとどまるべきである。

STEP3　機械論的アプローチへの影響

イベントや体験が機械論的アプローチの目標に対する影響を考察する。さらに機能や能力、作業活動の遂行にどのような影響を与えるかを考察する。

機械論的アプローチへの影響確認の手順

1. イベントや体験の機械論的アプローチの目標に対する影響を考察する。
2. イベントや体験の機能や能力に対する影響を考察する。
3. イベントや体験の作業活動への影響を考察する。

■解説　イベントの計画の際に行った操作を実施したイベントや体験について行う (pp132 の PHASE3-STEP3 を参照のこと)。計画の際には単なる予測だが、この段階でイベントや出来事は事実となり、機械論的アプローチの結果と関係を考察できるようになる。イベントや出来事が機械論的アプローチに必ずしも影響を与えるとは限らない。イベントや出来事は機能や能力の改善を目的としたものではなく、それ自体で価値のある利用者の体験である。

第 6 章

メタ・リーズニングの手順

セラピストの技能というのは現場での経験によって発達し、その技能は「全体像の把握」や「状況の判断」となって現れる。技能の修得を初心者、新人、一人前、中堅、達人の 5 つのレベルに分けたドレイファスモデルをもとに、ベナーは看護婦の技能の発達を説明している [85]。しかし現実には経験した期間と技能が必ずしも比例するとは限らない。同じことをしていても技能の発達には明らかな差がある。セラピストが技能を発達させてゆく状況は千差万別である。対応する利用者も違うし、状況によって出会う指示もことなる。そのように違った経験をしていても、セラピストの技能は一概に個性の差とは見なされない。おそらく技能の発達には経験のほかに、個人の資質や現場で伝授される「コツ (Tips)」といったものが作用している。

セラピストとしての資質や適性があるとしても、ここではそれを論じるつもりはない。むしろ重用なのは経験から技能を発達させる「コツ」の方だろう。「コツ」は経験によって作り上げてゆくが、理論やモデルと同じような性質を持っている。しかし汎用生の高い理論やモデルが現場の状況を必ずしも反映するとはいえないし、それらが千差万別な状況に対する指示を与えてくれるわけでもない。

ここでいうメタ・リーズニングというのは症例検討をもとに「コツ」をどのように作り上げてゆくかという問題を扱う。セラピストたちが口をつぐみ、技能の発達をまったくの暗黙知に帰してしまえば、困るのは後に続くセラピストたちとその利用者になるだろう。

本書におけるメタ・リーズニングの特徴

ここでは症例検討をもとにしてセラピストの行うリーズニングの特徴を把握する手順を示してある。ここでいう症例検討とは臨床実習で作成する「レポート」のようなものを指している。現場で活動するセラピストが詳細な症例検討を作成する機会は少ないかもしれないが、本書では 1 年に 1〜2 回程度、症例検討を作成することを前提としている。これらの症例検討はメタ・リーズニングのみならず、セラピストがリーズニングの技能を維持するために必要である。

この手順は 3 つの STEP に分かれており、症例検討をもとにしてセラピストのリーズニングの特徴を示すセラピスト・モデルとリーズニング・マニュアルを作成するようにしている (図 6.1)。理論家や教員なら別だが、セラピストがメタ・リーズニングを行う頻度は 1〜2 年に 1 度程度だろう。アプローチの手順と違って、この手順にセラピストが修正を加える必要はとくにないだろう。

■セラピスト・モデル　ここで扱うのは理論ではなく、経験から立ちあがる「コツ」だが、ある利用者から、他の利用者に対して汎化できるという点で「コツ」は理論と類似した性質を持っている。伝授される「コツ」というのは特定の状況が除かれモデル化されたものであると考えることができるだろう。ただしそうした「コツ」はある状況の中でだけ通用するもので、広い適用範囲を持つ既成の理論やモデルといったものとは性質がややことなる (この議論については pp57 の 3 章 メタ・リーズニングを参照のこと)。

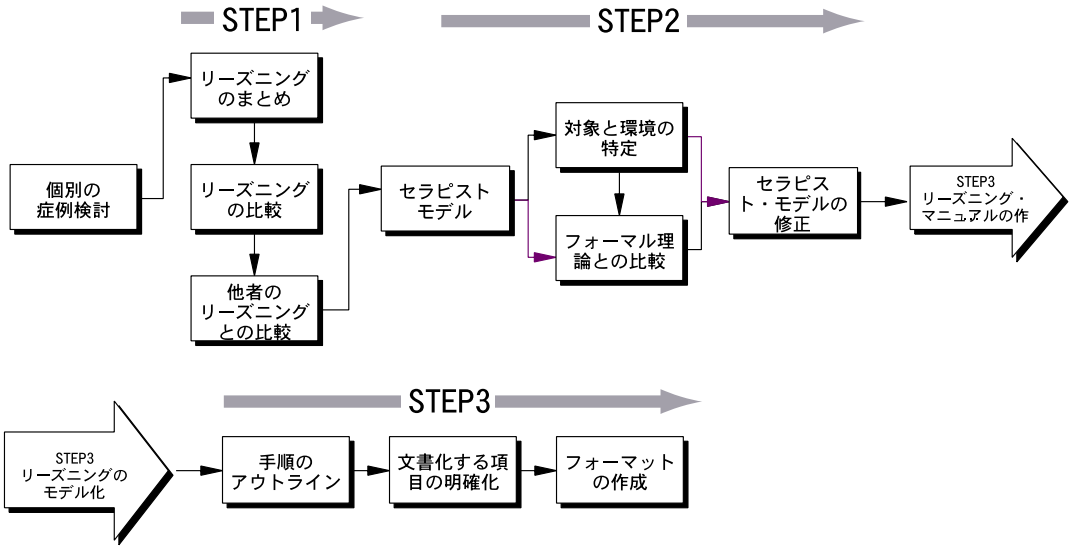


図 6.1　メタ・リーズニングの流れ

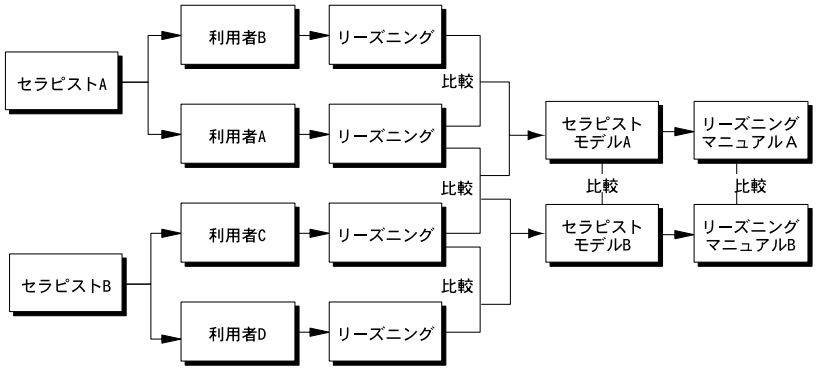


図 6.2　比較分析によるセラピスト・モデルとリーズニング・マニュアル

グレーザーとストラウスは理論を適応範囲によって領域密着理論 (Substantive Theory) とフォーマル理論 (Formal Theory) に分類している [59]。ここでいう「コツ」とは前者の領域密着理論に近い性質がある。セラピストは利用者との経験の積み重ねの中で、特定の状況に適応可能な経験則のようなものを有している。ただしそれらは往々にして暗黙知とされ、表明されることがない。ここではそれらに論理的構造を与えたものをセラピスト・モデルと呼んでいる。

■比較による分析　ここでは経験からセラピスト・モデルを導くのに比較による分析を用いている。概念の分節化が比較によってなされる[*1]。逆にいうと比較がないところには理論も「コツ」も生じることがない。グラウンデッド・セオリーではさまざまな資料を比較することによって理論を生み出すが、ここでは症例検討を比較することによって、セラピスト・モデルを導くという手法をとっている (図 6.2)(pp57 の 3 章 メタ・リーズニングと合わせて pp52 の分析とモデル化の手法も参照のこと) [59, 60]。

■リーズニング・マニュアル　本書では技能を獲得する端緒として手順を推奨している。手順を明確に示すことは、後続のセラピストたちの技能の発達に寄与するのみならず、サービスの透明性を確保することにもつながるだろう。

ここでいうリーズニング・マニュアルというのはこの手順を示したものである。ただしセラピストの行動がマニュアルに縛られることはない。セラピストの行動がリーズニング・マニュアルを作るのであって、その逆ではない。そのことを誤解すると良い結果には結びつかないだろう (この議論については pp59 のリーズニング・マニュアルを参照のこと)。

[*1] このというのは記号論や構造主義から見ても妥当といえる [26, 86]。

STEP1　リーズニングの分析

個別の症例検討を読み直し、比較する部分を抜粋する。比較する部分としては機械論的アプローチでは全体像・問題点・治療方針・目標・プログラム、現象学的アプローチではライフヒストリー、推定したレリヴァンス、イベントのテーマと設定、イベントの記述などが上げられる。それらの部分について自分の行った症例検討を比較して、類似点を見つける。他のセラピストの症例検討とも同じことを行って、類似点と相違点を見つける。それらの類似点と相違点から自分のリーズニングの特徴を把握する。

リーズニングの分析の手順

1. 個別の症例検討から比較するポイントを抜粋する。
2. 自分の扱ったリーズニング同士を比較し、類似点を見つける。
3. 他のセラピストのリーズニングと比較し、類似点と相違点を見つける。
4. 類似点・相違点から自分のリーズニングの特徴を把握する。

■解説　症例検討全体は複雑で、利用者の状況に依存した構造になっているので、簡単に比較分析を行うことができない。分析に先立って比較したい部分を抜粋しておいたほうがよいだろう。例に上げた部分をすべて比較する必要はないが、どの部分を比較するかによって、分析は変わってくる。

自分のリーズニングを比較する場合はよいが、他のセラピストが行ったリーズニングと比較する場合には、アウトライン (項目) の立てかた自体がことなっている場合がある。アウトラインの立てかた自体がリーズニングのスタイルを反映するものなので、まずアウトラインを比較して、リーズニングの流れがどのように違うかを見る必要がある。

自分の症例検討、さらに他のセラピストの症例検討を比較して、類似点と相違点を把握することによって、セラピストの持つスタイルが把握できるようになるだろう。他のセラピストのリーズニングでも、同じ施設に所属するセラピストと他の施設に所属するセラピストのリーズニングはことなるだろう。それらを比較してより広い範囲のなかで、自分のスタイルがどこに位置づけられるかが把握できるようになる。

STEP2　リーズニングのモデル化

STEP1 で把握したリーズニングの戦略 (Strategy) とそのアウトライン (項目) を記述して、セラピスト・モデルとする。セラピスト・モデルを適応できる対象と環境を特定する。さらに関心のあるフォーマル理論を選択して、セラピスト・モデルと比較する。フォーマ

表 6.1　フォーマル理論とセラピスト・モデルの比較

	フォーマル理論	セラピスト・モデル
適用範囲	広く適用可能	特定の状況のもとに利用可能
性質	状況や文脈に依存しない	状況や文脈に依存する
構造	複雑な構造	単純な構造
特徴	専門職全体の性質を表す	セラピストのスタイルを表す

ル理論から引用可能な概念を選択し、それによってセラピスト・モデルを修正する。

リーズニングのモデル化の手順

1. リーズニングの戦略とアウトラインを記述する (セラピスト・モデル)。
2. セラピスト・モデルを適用できる対象と環境を特定する。
3. フォーマル理論とセラピスト・モデルの比較する。
4. フォーマル理論から引用可能な概念を選択する。
5. セラピスト・モデルを修正する。

■解説　セラピスト・モデルを構造の明確なフォーマル理論にするつもりなら別だが、現場で使う程度なら、記述はアウトライン程度で十分だろう。ただし適用できる対象は細かく設定しておいたほうがよい。診断名や年齢相などの対象、または作業療法室や利用者の居室といった環境によってもセラピスト・モデルは左右される。適応範囲の広い理論を試みると、セラピスト・モデルは実践から乖離してしまうことになるだろう。セラピスト・モデルのよさは汎用性の高さではなく、具体的な状況を反映していることである (表 6.1)。

理論を事例に適応させるのがフォーマル理論を利用する一般的な方法かもしれないが、

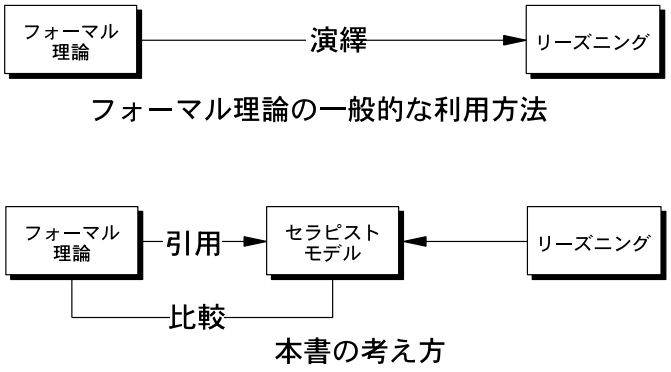


図 6.3　フォーマル理論の利用

ここではセラピストが作ったモデルと比較する方法をとっている (図 6.3)。後者が前者より優れているとはいえない。ただし後者のほうが事実に解釈の枠組を押し当てることがないので、実践を反映しやすいといえるだろう。

引用するフォーマル理論はその構造を理解する必要があるが、すべての分類や概念を採用する必要はない。既成の理論が有する厳密な構造よりも、実践に支えられたセラピスト・モデルの整合性と一貫性の維持こそ優先されるべきである。どんなに優れた理論もセラピストの実践に不調和をもたらすようなら、何の意味も持たないだろう。

STEP3　リーズニング・マニュアルの作成

セラピスト・モデルに沿ってインテークから、フォローアップまでの流れを手順のアウトラインを組む。その手順の中で文書化するものを明確にし、目的に沿ったフォーマットを作成する。

リーズニング・マニュアルの作成の手順

1. セラピスト・モデルに沿って手順のアウトラインを組む。
2. 手順の中で文書化するものを明確化する。
3. 文書化するフォーマットを作成する。

■解説　症例検討の手順は、実際にそれを行っているセラピストにとって「当たり前」のように思えるが、手順を記述して他のセラピストの手順と比較してみると、それがいかに「当たり前」ではなく、セラピストのスタイルが反映されたものであるかが分かるだろう。問題解決の方法選択だけでなく、問題点の抽出の際に基準としていることも違う。活動をリーズニングの基点にするセラピストもいれば、機能から考察して活動につなげてゆくセラピストもいる。4 章と 5 章で示した手順は広範囲なサンプルとするために、かなり汎用性を高くしてあるが、実際に作成するリーズニング・マニュアルは状況にあったシンプルなほうがよいだろう。ただし手順を組んだだけではなく、実際にその手順のどの部分をどのように文書化するのかを決めて、書式を組む必要がある。

繰り返しになるが、作成したマニュアルはセラピストの行動を縛るものではない。また手順を機械的にこなせばセラピーが成立するというようなこともない。手順は単にリーズニング・プロセスの基準を示すものである。それでも理念とともに標準的な手順が明らかにされることによって、セラピストは自分のサービスの透明性を保ち、説明責任 (Accountability) を果たすことができるだろう。

第3部
症例検討の事例

PART 3
Sample of Case Reasoning

イントロダクション

第三部はαフィールド・テスト実施後に編集予定です。

第 7 章

機械論的アプローチの事例

この章はαフィールド・テスト実施後に編集予定です。

第８章

現象学的アプローチの事例

この章はαフィールド・テスト実施後に編集予定です。

参考文献

[1] ペドレッティ, L, W. 編著, 宮前珠子/清水一監訳, 身体障害の作業療法 [改訂第 4 版], 協同医書出版社, 1999

[2] Trombly, C. A, Occupation Purposefulness and Meaningfulness as Therapeutic Mechanisms, AJOT, 960-972, Vol. 49, No. 10, 1995

[3] ベルタランフィ, L. V. 著, 長野敬/太田邦昌訳, 一般システム理論, みすず書房, 1973

[4] SmullyanR, M. 著, 高橋昌一郎訳, ゲーデルの不完全性定理, 1996

[5] レイヴ, J 著, 無藤隆ら訳, 日常生活の認知行動, 新曜社, 1995

[6] World Health Organization 編, International Classification of Functioning, Disability and Health, 2000

[7] 加藤昭吉著, 計画の科学, 講談社ブルーバックス B35, 講談社, 1965

[8] Gray, J. M, Application of the Phenomenological Method to the Concept of Occupation, Jounal of Occupational Science, Vol.4, No.1, pp5-17, 1997

[9] フッサール,E. 著, 細谷恒夫/木田元訳, ヨーロッパ諸学の危機と超越論的現象学, 中央公論社, 1974

[10] 三浦俊彦著, 虚構世界の存在論, 勁草書房, 1995

[11] 松原望著, 統計的決定, 放送大学教育振興会, 1992

[12] 木田元編著, ハイデガー『存在と時間』の構築, 2000, 岩波書店

[13] ヴァレラ, F, J/マトゥラーナ, H. R. 著, 河本英夫 訳, オートポイエーシス, 1991

[14] ベナー, P. / Wrubel, J. 著, 難波卓志訳, 現象学的人間論と看護, 医学書院, 1999

[15] 上田敏, リハビリテーションを考える－障害者の全人間的復権－, 青木書店, 1983

[16] Beer, D. W, The Illness and Disability Experience from a Individual Perspective, Willard and Spackman’s Occupational Therapy 9th Ed, pp32-42, 1998

[17] クラインマン, A. 著, 江口重幸/五木田紳訳, 病いの語り, 誠信書房, 1996

[18] Mattingly, C, The concept of therapeutic “emplotment”, Social Science and Medicine, 38, 881-822, 1994

[19] マクナミー, S/ガーゲン, J. G. 編, 野口祐二/野村直樹訳, ナラティヴ・セラピー, 金剛

出版, 1997
[20] Fleming, M. H. / Mattingly, C. 著, Clinical Reasoning, F. A. Davis, 1994
[21] キャスティ, J. L. 著, 中村和幸訳, 複雑系による科学革命, 講談社, 1997
[22] 吉永良正著,「複雑系」とは何か, 講談社現代新書 1328, 講談社,1996
[23] Mary Law 編著, 宮前珠子/長谷龍太郎監訳, クライエント中心の作業療法, 協同医書出版社, 2000
[24] キールホフナー, G 著, 山田孝監訳, 人間作業モデル, 協同医書出版社, 1999
[25] レイヴ, J, ウェンガー, E. 著, 佐伯胖訳, 状況に埋め込まれた学習－正統的周辺参加, 産業図書, 1993
[26] エーコ, U. 著, 谷口伊兵衛訳, 記号論入門, 而立書房, 1997
[27] メルロ=ポンティ, M. 著, 中島盛夫訳, 知覚の現象学, 法政大学出版局, 1982
[28] 竹原弘著, 意味の現象学, ミネルヴァ書房, 1994
[29] 下條信輔, 認知と神経の「場」, 知の論理 (小林康夫/船曳建夫編)pp41-55, 東京大学出版会, 1995
[30] シュッツ, A. 著, 那須壽/浜日出夫, 生活世界の構成－レリヴァンスの現象学, マルジュ社, 1996
[31] ヴァン＝マーネン, J. 著, 森川渉訳, フィールドワークの物語－エスノグラフィーの文章作法, 現代書館, 1999
[32] ボガトゥイリョフ, P. G. 著, 桑野隆訳, 民衆演劇の機能と構造, 未来社, 1982
[33] Bruner, J, Acts of Meaning, Harvard University Press, 1992
[34] Bruner, J, Actual Minds, Possible Worlds. Cambridge University Press, 1986
[35] Mattingly, C, The narrative nature of clinical reasoning, American Journal of Occupational Therapy, Vol. 45, pp979-986, 1991
[36] Borg, B / Bruce, M. A, Occupational Therapy Stories, SLACK, 1997
[37] Mattingly, C, Healing Drama and Clinical Plots, Cambrege University Press, 1998
[38] 河竹登志夫著, 演劇概論, 東京大学出版会, 1978
[39] 川邊一外著, ドラマとは何か?, 映人社, 19870
[40] 川邊一外著, シナリオ創作演習十二講, 映人社, 1992
[41] エーコ, U. 著, 篠原資明訳, 物語における読者, 青土社, 1993
[42] プリンス, G. 著, 遠藤健一訳, 物語の方位, 松柏社, 1996
[43] パーソンズ, T 著, 丸山哲央訳, 文化システム論, 1991 年, ミネルヴァ書房
[44] ブルーマー, H. 著, 後藤将之訳, シンボリック相互作用論, 1991, 勁草書房
[45] プラマー, K 著, 原田勝弘ら監訳, ライフヒストリーの社会学, 1991, 光生館
[46] Frank, G, Life Histories in Occupational Therapy Clinical Practice, American Journal of Occupational Therapy, Vol.50, No.4, pp251-264, 1996

[47] コートル, J. 著, 石山鈴子訳, 記憶は嘘をつく, 講談社, 1997

[48] 聖アウグスティヌス著, 服部英次郎訳, 告白, 岩波書店, 1976

[49] Casti, J.L., et al.(eds.), On Systems Complexity: Identification, Measurement, and Management, in Complexity, Language and Life: Mathematical Approach, Springer-Verlag, 1986

[50] 三浦俊彦著, 可能世界の哲学, NHK ブックス 790, NHK 出版, 1997

[51] 石井良和, オートポイエーシス/三次元自我モデルからみた「作業」, 作業療法ジャーナル,Vol. 34, No.1, 2000

[52] 郡司ペギオ/松野孝一郎/オットー・レスラー著, 内部観測, 複雑性の科学と現代思想, 青土社, 1997

[53] Emgestrom, Y, Developmental studies of work as a testbench of activity theory, Understanding Practice (Lave, J. and Chailin, S.), Camblidge University Press, 1995

[54] エマーソン, R ら著, 佐藤郁哉訳, 方法としてのフィールドノート, 新曜社, 1998

[55] サトルズ, J, 好井裕明訳, フィールドワークの手引き, フィールドワークの経験 (好井裕明/桜井厚編), pp27-45, せりか書房, 2000

[56] 佐々木正人編, 想起のフィールド, 新曜社, 1996

[57] Mandel, D, R, etc, Lifestyle Redesign, AOTA, 1999

[58] ギアツ, C, 著, 吉田禎吾ら訳, 厚い記述－文化の解釈学的理論をめざして, 文化の解釈学　, 岩波書店, 1987

[59] グレーザー, B, G/ストラウス, A, L 著, 後藤隆ら訳, データ対話型理論の発見, 1996, 新曜社

[60] 木下康仁著, グラウンデッド・セオリー・アプローチ, 弘文堂, 1999

[61] 川喜田二郎著, 続・発想法 K J 法の展開と応用, 中公新書 210, 中央公論新社, 1970

[62] Shapiro, S, C/The SNePS Implementation Group, SNePS 2.3 User's Manual, Department of Computer Science, University at Buffalo, 1995

[63] Iwanska, U. M. /Shapiro, S. C. /Iwanska, L, Natural Language Processing and Knowledge Representation: Language for Knowledge and Knowledge for Language, MIT Press, 2000

[64] 小方孝/堀浩一/大須賀節雄, 物語生成システムのための物語構造の分析と物語生成過程の検討, 認知科学, Vol. 3, No. 1, pp. 72-109, 1996

[65] CAOT 編, Enabling Occupation, CAOT, 1997

[66] キールホフナー, G, 著, 山田孝/小西紀一訳, 作業療法の理論, 三輪書店, 1992

[67] 宮田紀世夫著, すぐに役立つ取扱説明書作成テクニック, 日刊工業新聞社, 2001

[68] 松井紀和著, 精神科作業療法の手引, 牧野出版, 1978

[69] ゴッフマン, E 著, 石黒毅訳, スティグマの社会学, せりか書房, 1970

[70] ポランニー, M. 著, 佐藤敬三訳, 暗黙知の次元, 紀伊国屋書店, 1980
[71] 長谷龍太郎, 質的研究の論文の書き方, 作業療法ジャーナル, Vol. 34, No. 11,2000
[72] ゴッフマン, E, 好井裕明訳, フィールドワークについて, フィールドワークの経験 (好井裕明/桜井厚編), pp16-26, せりか書房, 2000
[73] Patton, M. Q., Qualitative evaluation and research methods 2nd ed., Newbury Park, CA: Sage,1990
[74] Allen, C.,Clinical Reasoning Documentation, Effective Documentation for Occupational Therapy, pp53-62,AOTA,1998
[75] ロウ,M. 他著, 吉川ひろみ/上村智子訳,COPM マニュアルと評価表, 大学教育出版,1998
[76] Kielhofner, G. , etc.,Occupational Performance History Interview ,University of Illinois,1999
[77] 串田秀也著, モニタのこちら側のフィールドワーク, フィールドワークの経験 (好井裕明/桜井厚編), pp16-26, せりか書房, 2000
[78] Hocking, C, A Model of Interaction between Objects, Occupation, Society and Culture, Journal of Occupational Science, Vol.1, No.3, 1994
[79] クロザーズ,C. 著, 中野正大/金子雅彦訳, マートンの社会学, 世界思想社, 1993
[80] Moya, W. 著, 山田義夫／小口徹訳, 精神科のロングターム・ケア 第 2 版 －人間回復のための作業療法, 協同医書出版社, 1989
[81] 小此木啓吾著, 対象喪失-悲しむということ, 中公新書 557, 中央公論新社, 1979
[82] カズンズ, M. 著, 松田銑訳, 笑いと治癒力, 岩波現代文庫社会 30, 岩波書店, 2001
[83] アクターバーグ, J. 著, 井上哲彰訳, 自己治癒力, 日本教文社, 1991
[84] キューブラー-ロス, E. /ワルショウ, M, 霜山徳爾/沼野元義訳, 生命尽くして, 産業図書, 1984
[85] ベナー, P. 著, 井部俊子/井村真澄他訳, ベナー看護論-達人ナースの卓越性とパワー, 医学書院, 1992
[86] 高田明典著, 知った気でいるあなたのための構造主義方法論入門, 夏目書房, 1997